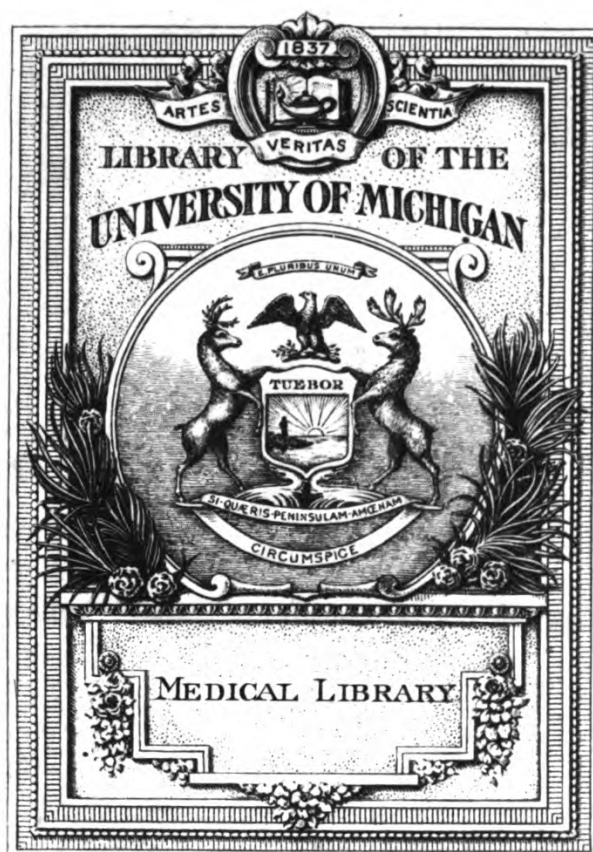




Excerpta medica

1914/1915.





610.5
E95

Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

Herausgegeben

von

San.-Rat Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

**Vierundzwanzigster Jahrgang
1914|1915.**



**Verlag von Leopold Voss in Leipzig
1915.**

ND

Medical
Müller
1-29-27
13902

Sachregister.

A

- Abderhaldensche Reaktion 140
— — Spezifität und klinische Brauchbarkeit 7
— — zur Frühdiagnose des Karzinoms 188
— — bei Lungentuberkulose 220
Abdomen, akutes 8
Abdominalerkrankungen, Untersuchung und Behandlung der akuten 9
Abdominaltyphus, Diagnose 179, 180
— Fall von 266
— Ostitis fibrosa nach 17
— Thrombose des linken Vorhofes und der Pulmonalvenen 267
— Behandlung 125, 205
— Behandlung im Felde 366
— Ernährung im Felde 448
— Pyramidenbehandlung 444
Achylien, Differentialdiagnose 141
Acitrinum comp. bei Gicht 284
Adalin im Hochgebirge 211
—, längerer Gebrauch von 272
Adalinvergiftung 272
Adipositas, Leptynol bei 329
Adrenalin-Pituitrinbehandlung 234
Aethylchlorid, Vorrichtung zur Vereisung kleiner Hautbezirke 45
Afridolseife 129
Agobilin 208
Aktinomykose, Aetiologie und Diagnose 177
— Röntgenbehandlung 442
Albertol 481
Albinpuder 86
Alkoholismus und Epilepsie 424
Allcocks Porous Plaster, Intoxikation 396
Alopecia areata, besondere Abheilungsform 395
Alypin Toxizitätsgrenze 106
Amenorrhoe, Hypophysenextrakte bei 290
Ammoniumpersulfat bei Gonorrhoe 455
Amyotrophie des Schultergürtels 148
Anämie, Frühsymptom der perniziösen 102
— Salvarsan bei 210
— kleine Blutentziehungen bei schwerer 870
Anästhesierung des Uterus 93
Anaphylaxie gegen Fliegenstiche 429
Aneurysma Carotis externae 308
Angiers Emulsion 249
Angina und Sepsis 139
Angiokeratom und Pernionen 463
Antidiphtherieserum bei Erysipel 202
Antiseptica, pulverartige, in der Klein-chirurgie 68
Antisklerosin 281
Anus praeternaturalis, Verschlußapparat für 251
Aortenveränderungen durch Syphilis hereditaria 138
Appendicitis, Diagnose 140
—, Ichthalbin bei 168
Argobol 247
Aristolöl in der Augenheilkunde 43
Arrhenal bei Rückfallfieber 448
Arteriosklerose, Spätparalyse und Unfall 845
Arteriosklerotische Herzerkrankung 78
Arthigon 88
— bei gonorrhoeischen Komplikationen 376
Askariden, Tumor durch 138
Asthma cardiale beim Kinde 356
Atherosklerose der Kombattanten 386
Atophan, Pruritus universalis nach 476
Atoxyl, Sehstörungen nach 18
Atoxylamaurose 189
Auge und Nase, Beziehungen 138
Augenbad, Emser 244
Augenverbandkissen 242
Augenverletzungen im Kriege, erste Behandlung 451

Anskultationsphänomen des Kehlkopfs
bei Krupp und Pseudokrupp 302
Azetonalzäpfchen 127
— bei Hämorrhoiden 371
Azetonurie, Vortäuschung 102
Azodolen bei Ulcera cruris 289

B

Badekapseln, radiumhaltige 210
Bananen bei Darmkrankheiten 408
Bananenmehl bei Säuglingen 498
Bauchschüsse, Prognose und Behandlung
346
Beleuchtung bei geburtshilflichen Ein-
griffen 134
— bei Operationen 253
Benzidinreaktion, Blutnachweis mittels
der 9
Benzin, Ersatz durch Carbonum tetra-
chloratum 357
Bergoniésches Entfettungsverfahren 235
Biocitin in der Gynäkologie 457
Biozyme-Bolus in der Gynäkologie 334
Blasenbildung, periodische traumatische
225
Blasenschwäche des Weibes 248
Blasenstein, seltener Fall 225
Blepharitis ciliaris, Behandlung mit Le-
vurino-Seife 241
Blutkrankheiten, medikamentöse Therapie
235
Blutstillung 157
Blutungen in den Fäces, okkulte 56
— subdurale 186
Blutspritze, besondere Form 467
Bolus alba 126, 207
Bromchloroform als Ersatz für Jodtink-
tur 278
Bronchialkatarrh, Gefäß- und Herzmittel
bei 370
Brot, Verschleppung pathogener Darm-
bakterien durch 4
Büchse für sterile Gaze 213

C

Calcaneusfrakturen 390
Calcariurie der Kinder 344
Calomel zur Wundbehandlung 274
Carbonum tetrachloratum als Ersatz
des Benzins 357
Carcinoma ventriculi, Frühdiagnose 141
Carotis externa, Aneurysma 308
— interna, Verletzung 103
Chinin bei Morbus Basedowii 284
— als Präventivmittel bei Typhus exan-
thematis 447

Chlorkalziumkompressen 486
Chlorose, Röntgenbehandlung 210
Chlortorf 421
Chlortorfkissen 277
Cholera, Behandlung 322
— Kochsalzinfusionen bei 203
— Kaliumpermanganat bei 204
Cholerafrage, zur 501
Chorea gravidarum 39
Coagulen in der Rhinochirurgie 279
Codeonal 71
Collyrium, kühlendes 44
Conjunctivitis chronica, Augenbäder bei
378
— ekzematosa, Behandlung der Licht-
scheu bei 242
Corpora lutea-Extrakt gegen Pubertäts-
blutungen 41
Cycloform in der Beinbehandlung 181
Cymarin 165

D

Darmbakterien, Verschleppung patho-
gener — durch Brot 4
Darmerkrankungen, ruhrähnliche 181, 259
Darmkatarrh, Behandlung des akuten
483
Dauerdrainage tiefer Wundhöhlen 360
Deckglasreinigen 102
Delirium tremens, Behandlung 75
— —, Veronal bei 31
Dermatosen, Behandlung juckender 33
Desinfektion, halbspezifische 114
Desinfektionsapparat, improvisierter 417
Diabetes und Erysipel 53
— und Unfall 178
— nach Vakzination 335
—, Vorstufen 221
—, harmlose Formen 263
—, zur Behandlung 284
—, Behandlung im Felde 369
—, Alkalitherapie 128
— und Gicht, Behandlung bei gleich-
zeitiger Erkrankung 327
Dial-Ciba 29, 30, 73, 325
Digifolin 26, 75, 208, 325
Digitalis bei Uterusblutungen 41
Diphtherie, Bekämpfung und Prophylaxe
234
—, Soziodol-Natrium bei 410
—, Fortschritte in der Behandlung 449
Diphtheriebazillenträger, zur Frage de
388
Diphtherieserum bei Erysipel 122, 485
Diplosal 411

Disotrin 76
 Drahtgeflechte als Schienenmaterial 136
 Drahtschienengipsverband 403
 v. Dungernsche Syphilisreaktion 425
 Durchfälle, Behandlung im Felde 163
 Dysenterie, Diagnose 180
 —, Differentialdiagnose 100
 —, positive Typhusreaktion bei 427
 —, periostale Späterkrankungen nach 468
 —, diätetische Behandlung 368
 —, Adrenalin bei 369
 —, Behandlung der Kriegs- 406
 Dysenterieepidemie, Erfahrungen 281
 Dysenterie-Rekonvaleszenten, Behandlung 482
 Dysmenorrhoe, intranasale Behandlung 39
 —, Jodtropon bei 290
 Dysphagie bei Tuberculosis laryngis, Behandlung 26

E

Eiszerkleinerer 249
 Eiweißbreagens, handliches 11
 Eklampsie, Fall von Früh- 16
 Ekthyma 412
 Ekzem, akutes, mit psychischer Aetiologie 5
 —, dentales bzw. neurogenes 17
 —, und Neurodermitis im Kindesalter 262
 —, Eucerinum zur Verhütung von Rezidiven 32
 —, neue Behandlung 86
 —, heiße Bäder bei 171
 Elephantiasis nach Lymphangoitis postdiphtherica 259
 Embarin bei Syphilis 172, 173, 241, 416
 —, toxische Nebenerscheinungen 20
 —, Beeinflussung der Wa.-R. durch 375
 Embarinfrage, zur Klärung 374
 Empyrolbäder 488
 Emulsionen 167, 168
 Enuresis und Spina bifida occulta 300
 — im Felde 423
 Epilepsie und Alkoholismus 424
 —, Behandlung 323
 —, operative Behandlung 404
 Erfrieren, Kennzeichen des Todes durch 261
 —, Prophylaxe und Therapie 288, 401
 438, 480
 Ergotismus und Tetanie 423
 Ersatzpräparate, deutsche, für ausländische 502

Erysipel, anämisches 12
 — und Diabetes mellitus 53
 —, Behandlung 120, 121, 122, 161
 —, Abortivbehandlung 481
 —, Antidiphtherieserum bei 202, 41
 —, Ichthyolbehandlung 231
 Erythema nodosum und Scharlach
 — — und Erythema exsudativum
 tiforme gleichzeitig 64
 Eucerinum zur Verhütung von Ekziden 32
 Euphyllin bei Eklampsie 245, 332
 Euphthalmin als diagnostisches Myticum 58
 Euresol-Haarspiritus 180

F

Fäces, Apparat zum Auffangen 100,
 Febris ephemera -ähnliche Erkrankung 471
 Femurepiphyse, typische Erkrankung der oberen 268
 Festalkol zur Händedesinfektion 111,
 Filixvergiftung, tödliche 308
 Filmaron als Bandwurmmittel 209
 Fingerkurette 132
 Fingersehnen, Spontanrupturen 472
 Fingerstreckverband 381
 Flechtyphus, zur Aetiologie 463
 —, Prophylaxe 233, 405
 —, Schutzvorrichtung 447
 —, Behandlung und Ansteckungshütung 484
 —, Chinin als Präventivmittel 447
 —, Behandlung 367
 —, Behandlung mit normalem Pfeiserum 485
 Fliegenplage, zur 501
 Fliegenstiche, Anaphylaxie gegen 41
 Flöhe, Mittel gegen 214
 Fluor albus, Behandlung 38, 331
 Foligan 502
 Frakturenhebel 495
 Friedmannsches Tuberkulosemittel 209, 370
 — —, Erfahrungen mit dem 25
 — —, zur Virulenz 25
 — —, Mastitis nach Injektion 15
 — — bei chirurgischer Tuberkulose 280, 319
 — — bei Lupus 338
 Frostbeschwerden im Felde, Behandlung 486
 Frostbeulen, Behandlung 33, 238,
 —, Angiokeratom und 463

Frosterythem, Behandlung 33
 Früheklampsie, Fall 16
 Fulmargin bei Endokarditis 28
 Furunkel, Behandlung 170, 202, 335
 —, Metastasen 337
 Furunkulose, Behandlung diabetischer 86
 Furunkulinpräparate 85
 Fußläsionen, seltene 472

G

Gallenfarbstoffnachweis im Harn 221
 Gangrän, symmetrische 146
 Gasgangrän, Behandlung 231
 Gasphegmone, Diagnose und Therapie 182, 201
 —, Erkennbarkeit im Röntgenbild 260, 386
 Gaumenmandel, Ausschälung 320
 Gehirnblutung bei hämorrhagischer Diathese 61
 Gehirntumor, Differentialdiagnose gegen Erweichungsherd 466
 Gehöhle 460
 Gelenke, Mobilisierung ankylosierter 402
 Gelenkschüsse, infizierte 319
 Gelenkwinkelmesser 132
 Gelonida neurenterica bei Diarrhöen 83
 —, somnifera 73
 Genitalblutungen Neugeborener 393
 Geschlechtskrankheiten im Felde 285
 Geschwülste s. Tumoren
 Gicht und Diabetes, Behandlung bei gleichzeitiger Erkrankung 327
 Gipsschienen 110
 Gipsverbände, fraktionierte 192
 — gefensterter 193, 275, 276
 Gonaromat 174
 Gono-Blennorrhoe, Behandlung an der Berner Augenklinik 380
 Gonorrhoe, Sepsis nach 393
 —, Salvarsan bei 36
 —, Kollargol bei 416
 —, Ammoniumpersulfat bei 455
 Gonorrhoeische Granulationen 14
 Gramonervintabletten bei Heufieber 410
 Großhirntumor, Heilung 187
 Grotan 65, 66, 111, 157
 —, therapeutische Verwendung 239
 — zur Sterilisation tuberkulösen Sputums 255
 Gummikissen, Ersatz für 380

H

Haarausfall nach Unfall 178

Hämatom, Behandlung des subkutanen 199
 Hämatoporphyrinurie nach Sulfonalgebrauch 189
 Hämoglobinnachweis im Harn 221
 Hämoglobinurie, paroxysmale 105
 Hämorrhoiden, Azetonalsuppositorien bei 371
 Händedesinfektion, zur Frage 67, 315
 Halsdrüsentuberkulose, unblutige Therapie 79
 Hand, Wiederanheilung 187
 Handphlegmonen, Behandlung 365
 Harn, Untersuchung von tuberkulösem 10
 Harnröhrenspritze mit Flüssigkeitsbehälter in Taschenformat 46
 Harnverhaltung durch Morphin 104
 Hautabschürfungen, Behandlung 317
 Hautepitheliome, gutartige 430
 Hautwassersucht, Apparat zur Behandlung 135
 Hebeapparat bei Radialislähmung 252
 Heberableitung, Weilersche 361
 Heißluftapparat 494
 Hemiatrophia faciei, Fall 222
 Hemiplegie nach Typhus 64
 Herpes urethrae als Ursache nichtgonorrhöischer Urethritis 219
 — zoster bei Nierenerkrankungen 260
 — — als Arsenikfolge 465
 — —, Behandlung 131
 — — ophthalmicus, Salvarsan bei 452
 Herzbefunde bei Kriegsteilnehmern 258, 348, 353
 Herzbeschwerden, Behandlung von Kriegs- 405
 Herzinsuffizienz, Digalen und 75
 Herzklappenfehler bei Soldaten 383
 Herzstörungen nach Unfall 6
 Herzuntersuchung der Soldaten, Fehlerquelle bei 465
 Herzveränderungen bei Kriegsteilnehmern 257
 Heufieber, Gramonervintabletten bei 410
 —, Röntgenbehandlung 450
 Hexal in der Frauenpraxis 248
 Hüftgelenkerkrankungen und Viszeralorgane 299
 Hüftverrenkung, unblutige Einrenkung 441
 Hydrastinin 335
 — bei Lungenblutung 83
 Hydrastopon 91
 Hydropyrim-Grifa in der Neurologie 324
 Hyperol 228

Hypertrichose, Röntgenbehandlung 240
 Hypophysenextrakte bei Amenorrhoe 290
 Hypophysis, zur Pathologie 179
 Hypophysisextrakt, toxische Wirkung auf
 den Neugeborenen 107
 Hysterie, zur Fehldiagnose 261

I

Ichthalbin bei Appendicitis 168
 Ikterus, hämolytischer 143, 144
 Impetiginöse Hauterkrankungen, Behand-
 lung 486
 Impotenz, mechanische Mittel bei 211
 Indikanprobe nach Jaffé 55
 Inguinalschmerz 142
 Injektionskanüle, unzerbrechliche 46
 Instrumente, Sterilisierung im Kriege 357
 Istizin bei Obstipation 21, 22, 164

J

Jod, Nachweis in Urin, Speichel usw. 301
 Jodalkohol, Desinfektion der Hände mit 20
 Jodprobe 427
 Jodprothämin 77, 450
 Jodspray 198
 Jodtherapie, intravenöse 489
 Jodtinktur, zur Anwendung 198
 — mittels Zerstäuber angewandt 278
 — Taschenbesteck für Desinfektion mit
 96
 — zur Desinfektion des Operationsfeldes
 314
 Jodtropon bei Dysmenorrhoe 290

K

Käse bei Ulcera varicosa 130
 Kalkwässer bei Darmkatarrhen 282
 Kalzium bei entzündlichen Prozessen
 der weiblichen Genitalien 90
 Kampfer, Pneumonie und 25
 —, synthetischer 455
 Kanadabalsam, Ersatz für 175, 214, 253
 Karzinom, Frühdiagnose mittels des Ab-
 derhaldenschen Verfahrens 183
 Karzinomoperation, Spätrezidive nach
 390
 Katacid-Tabletten 500
 Katamen Cefag 93
 Kautschukheftpflaster, Überempfindlich-
 keit 64
 Kleiderlaus, Bekämpfung 253
 Kleinhirnerkrankungen 303
 Kleinhirngeschwulst, operierte 223
 Klimatherapie im Kindesalter 211
 Klumpfüße, Redression kindlicher 69

Knie- und Hüftgelenkerkrankungen und
 Viszeralorgane 299
 Kniegelenke, operativ mobilisierte 274
 Knochenschüsse, infizierte 319
 Kochsalz bei Fieberzuständen 411
 Kochsalzlösungen, Herstellung 123
 Kohlenoxydvergiftung, Verknennung 309
 Kollargol bei Gonorrhoe 416
 — bei gonorrhoeischen Komplikationen
 376
 Kontraluesin, Wirkung und Resorption
 340
 Kopfschmerz, syphilitischer 343
 Kresolpuder 500
 Kriegsdermatosen, Behandlung 411
 Kriegspsychosen 217
 Kriegsseuchen, Bekämpfung 124
 Kropf, Aetiologie des endemischen 344
 Krupp und Pseudokrupp, Auskultations-
 phänomen des Kehlkopfes bei 302
 Kubitaldrüsen, Schwellung bei Polyar-
 thritis chronica 471
 Kürbisbehandlung der Oedeme 27
 Kugelsucherapparat 461
 Kupfervergiftung, chronische 108

L

Läuse, Stubenfliegen als Träger 342
 Läuseplage, Bekämpfung 253, 254, 295
 341, 342, 419, 496, 497
 Laminariastifte, Entfernung 245
 Landecker Quellen bei Krankheiten der
 weiblichen Sexualorgane 247
 Larosan bei Ulcus ventriculi 409
 Lavonat 245
 Lecutyl bei Blasen tuberkulose 82
 Leibschlüssel, neues Modell 44
 Lenicet bei der Wundbehandlung 316
 Lenirenin in der Augenheilkunde 293
 Leptynol bei Adipositas 329
 Leukoazon 400
 Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 183
 Lichtscheu bei Conjunctivitis ekzematosa,
 Behandlung 242
 Liegendtragen der Kinder 137
 Lipojodin-Ciba 208
 Lokalanästhesie, Verhütung von Nach-
 schmerzen 21
 Lokalanästhetica, Kombination mit
 Kaliumsulfat 225
 Luftembolien nach Sauerstoffinjektion
 391
 Lumbalpunktion, therapeutische Leist-
 ungen 234
 Luminalvergiftung, Fall 19

VIII

Lungenblutungen, intravenöse Kochsalz-
injektionen bei 82
—, Hydrastinin bei 83
Lungengeschwülste, diagnostische Er-
fahrungen 7
Lungenödem, Behandlung 209
Lungenschuß ohne Lungenerscheinungen
351
Lungenspitzenenerkrankungen, Diagnostik
220
Lungentuberkulose und Trauma 217
— und behinderte Nasenatmung 52
—, Frühdiagnose 57
—, Fehlerquellen in der Diagnose 428
—, Blutbild und 59
—, Abderhaldens Verfahren bei 220
—, Kupferbehandlung 166
—, Behandlung im Kindesalter 25
—, Menthol-Eukalyptol-Injektionen bei
485
Lupus, Friedmannsches Mittel bei 338
—, neuere Methoden der Behandlung 338
— syphiliticus 58
Luxatio claviculae praesternalis, Behand-
lung 364
Lymphangoitis postdiphtherica, Ele-
phantiasis nach 259

M

Magenkrebs, Unfallfolge 49
—, Differential- und Fehldiagnosen 466
— bei 9 jährigem Jungen 474
Magnesiumsulfat bei Tetanus 200
Mastisol, Extensionsverband 69
Mastisolersatzmittel 198
Mastitis nach Injektion des Fried-
mannschen Tuberkulosemittels 15
Mastkuren bei gynäkologischen Erkran-
kungen 457
Medikomechanische Behandlung mit
primitiven Mitteln 417
Melaena neonatorum 433
Meningismus bei Sepsis 392
Meningitis, zur sekundären 2
— cerebros spinalis, geheilter Fall 105
— — unter dem Bilde des Fleckfiebers
429
Menstruation, vikariierende 1, 61
Menthol-Eukalyptol-Injektionen bei Lun-
gentuberkulose 485
Merlusan, Beeinflussung der Wa. R. durch
875
Mesbé 122
Messer, auskochbare 68
Miedernacht 477

Miliartuberkulose 303
Milzbrand, zur Pathologie und Klinik 304
Milzbrandkarbunkel, Salvarsan bei 289
Mittelfußknochenbrüche, Pflasterbehand-
lung 366
Mollusca contagiosa, Behandlung 340
Moorbäder bei Gebärmutterblutungen 91
Moosscharpie 196
Morbus Basedowii, Chinin bei 284
— —, Röntgenbehandlung 450
Morphin und Harnverhalten 104
Müllersatzbinden 226
Mundlampe 213
Mundpflege 284
Mundspatel, modifizierter Pirquetscher 44
Muskelatrophie nach Verletzung der Art.
axillaris 60
Muskelkrämpfe peripherischen Ursprungs
16
Myositis ossificans traumatica 98, 99

N

Nabelschnurbrüche, konservative Behand-
lung 321
Narben, Behandlung kallöser 438
Narkophin 71
Narkose 116
Narkosentod, sekundärer 118
Nase und Auge, Beziehungen 138
Nasenbluten im späteren Kindesalter 261
Neosalvarsan bei Pemphigus vulgaris 33
—, Todesfall nach 271
Nephritis acuta parenchymatosa 385
Nervennaht bei Verletzungen 349
Nervöse Störungen bei Kindern 142
Nerv. recurrens, Verletzung 222
— ulnaris, Spätlähmung 60
Netzhautablösung als Betriebsunfall 297
Neuritis retrobulbaris 178
Neurodermitis und Ekzem im Kindesalter
262
Neurosis cordis, Hilfsmittel bei 485
Nierenentzündung nach Handverletzung
137
Nierenerkrankungen, hyperalgetische Zo-
nen und Herpes zoster bei 260
Noviform in der Gynäkologie 37
— in der Augenheilkunde 42, 377
— bei Lidrandentzündung 43
Nylandersche Zuckerprobe 54

O

Oberschenkelfrakturen, Behandlung 439
Obstipation, Istizin bei 21, 22
Oedeme, Kürbisbehandlung 27

Oelklistiere, Sparsamkeit mit 382
 Ohrtrichter 133
 Oleum Rusci zur Wundbehandlung 229
 Ortizon 197, 363
 — -Wundstifte 154
 Ortizonstifte bei Ulcus cruris 88
 Ostitis fibrosa nach Typhus abdominalis 17
 Ovaradentriferrin bei Amenorrhoe 248
 Ovarialinsuffizienz, Behandlung der innersekretorischen 490

P

Pantopon bei Koliken 72
 Paralyse, Salvarsan bei progressiver 31
 Paraffin. liquid. zur Wundbehandlung 398
 Pasta kali chlorici cum creta 454
 Patellarreflex, Handgriff zur Auslösung 388
 Pellidol 487
 — bei Ulcera cruris 289
 Pellidolsalbe 157
 Pemphigus, Wassermannsche Reaktion bei 302
 —, Neosalvarsan bei 33
 Penis-Bruch 307
 Perhydrit-Stäbchen 478
 Perichondritis des Processus ensiformis 355
 Peristaltin nach gynäkologischen Laparotomien 291
 Perniones s. Frostbeulen
 Pertussis, geheilt durch eine Laparotomie 14
 —, besonderer Fall 16
 —, Behandlung 84
 Pflasterverband zur schnellen Epithelisierung 69
 Phenoval 74
 — bei gynäkologischen Erkrankungen 91
 Phlegmone, Behandlung 201
 —, Karbol-Kampferspiritusinjektionen gegen 232
 Phobrol zur Sterilisation tuberkulösen Sputums 255
 Pilzerkrankung der Haut 147
 Pittylen bei Ulcus cruris 34
 Pittylenbolus bei vaginalen Affektionen 37
 Pituglandol in der Geburtshilfe 456, 492
 — bei Placenta praevia 244
 Placenta praevia, Pituglandol bei 244
 Plagin 391

Plattfuß und Fußtuberkulose 298
 Plattfußoperation, Nicoladonische 441
 Pneumonie, Infektiosität der fibrinösen 12
 — und Kampfer 25
 Pockennarbenbehandlung 414
 Poliomyelitis, Kombination mit multipler Sklerose 431
 — chronica nach Trauma 391
 Polyarthrit chronica, Schwellung der Kubitaldrüsen bei 471
 — rheumatica, Pyralgin bei 326
 — syphilitica acuta 303
 Polyneuritis, rekurrende 106
 —, postdiphtherische 323
 Primäraffekt am Nabel 356
 — in der Vagina 395
 Providoform 115
 Pruritus ani, Behandlung 87, 290
 Psoriasis, Wesen und Behandlung 488
 Pulsation in der Rachenhöhle 144
 Purium 372, 453
 Pyocyaneus-Eiter, Bekämpfung 437
 Pyoktanin in der Kriegschirurgie 399
 Pyorrhoe, senile 490
 Pyralgin bei Polyarthrit rheumatica 326
 Pyramidon, schmerzlindernde Wirkung 280
 — bei Typhus 444

Q

Quarzlichtbehandlung einer diabetischen Hautangrän 238
 Quecksilberpräparate, Wirkung und Resorption 340
 Quecksilbervergiftung bei Zahnärzten 189
 —, medizinale 475

R

Radialislähmung, Hebeapparat für 252
 Radiumemanation bei Ulcus cruris 339
 Radix Polygalae Golaz-Dialysat 23
 Raphanose gegen Gallensteine 237
 Rasieren, Ersatz des 315
 Rektaltropfeneinlauf, Improvisation 495
 Retroflexio uteri 141
 Rheumatismusfrage, Aetiologisches zur 5
 Riopan 23
 Rippenbrüche, Behandlung 404
 Röntgenbehandlung der Chlorose 210
 — der Aktinomykose 442
 — des Heuschnupfens 450
 — bei Basedow 450
 Roob Sambuci bei Neuralgien 29, 166

S

Sagrotan zur Sterilisation tuberkulösen Sputums 255
 Salophen 29
 Salvarsan bei progressiver Paralyse 31
 — bei Gonorrhoe 36
 — zur Abortivbehandlung der Syphilis 36
 — bei weichem Schanker 89
 — bei Anämien 210
 — bei Milzbrandkarbunkel 289
 — bei Scharlach 322, 449
 — bei Herpes zoster ophthalmicus 452
 Salvarsantodesfälle 108
 Santoninvergiftung, zur Kenntnis 19
 Sauerstoffinjektion, Luftembolien nach 391
 Schädel, geheilter Tangentialschuß 270
 Schädelgeräusche 344
 Schädelkapsel, Streifschüsse 318
 Scharlach und Erythema nodosum 53
 —, Leukozyteneinschlüsse bei 183
 —, Salvarsan bei 322, 449
 Scharlachstatistik, zehn Jahre 265
 Scharpie 108
 Scheidenkrebs, zur Ätiologie 2
 Schienfrage, zur 311
 Schlafbrille 73
 Schlaflosigkeit bei Herzinsuffizienz, Behandlung 75
 Schnellverband, typischer chirurgischer Verband als aseptischer 20
 Schnellverbandsschiene 195
 Schrumpfnier zur Ätiologie 3
 Schußwunden, Behandlung 156
 Schwangerschaft, häufiges Frühzeichen 7
 Schweinfurtergrün, Vergiftung mit 18
 Schweißfüße, Behandlung 238
 Scobitost 364
 Seborrhoea capitis, Sulfoform bei 35
 Seekrankheit, Veronazetin gegen 71
 Seife, Einreibungen mit grüner 485
 Sennatin 163, 371
 Sepsis, Meningismus bei 393
 — nach Gonorrhoe 393
 —, Behandlung 479
 —, interne Mittel bei 116
 Septumpolypen, Beitrag zu den blutenden 269
 Serodiagnostik maligner Geschwülste 7
 Sklerodermie, angeborene 65
 Sklerose, multiple 137
 —, multiple nach Unfall 385
 —, — mit Poliomyelitis 431
 Skotom beim Blick in die Sonne 355

Sohlenmuskulatur, Lähmung bei Verletzung des N. tibialis 183
 Soziodol-Natrium bei Diphtherie 410
 Spätblutungen im Wochenbett, zur Ätiologie 1
 Spasmen nach Kopfschüssen, orthopädische Behandlung 273
 Speculum, zerlegbares 45
 Spina bifida occulta und Enuresis 300
 Spitzfußstiefel 459
 Spondylitis typhosa 469
 Stauungspapille und Hirnchirurgie 265
 Sterolin zur Hautdesinfektion 66
 Stroh zur Schienung 196
 Stimmbandlähmung, funktionelle, im Felde 352
 Stomatitis epidemisch auftretende 428
 Sulfonal, Hämatorporphyrinurie nach 189
 Sulfoform bei Seborrhoea capitis 35
 Suspensionsvorrichtung für den Arm 175
 Syphilis, Fall von extragenitaler Infektion 12
 — und Magen-Darmerkrankung 53
 —, sehr lange Latenz 59
 —, Infektions- und Immunitätsgesetze bei materner und fötaler 499
 — congenita, Embarinbehandlung 241
 — hereditaria und Aortenveränderungen 138
 —, Salvarsan zur Abortivbehandlung 36
 —, Embarin bei 172, 173, 416
 —, zweimalige Abortivheilung bei Reinfektion nach 2 Jahren 306
 Syphilisreaktion, von Dungereische 425

T

Tabes, Superinfektion bei 356
 Taffonal als Ersatz für Kanadabalsam 296
 Tanargentan-Bolus-Trockenbehandlung 292
 Tannismut bei tuberkulösen Diarrhöen 88
 Tannoform bei Typhus und Enteritis 408
 Taschenlaterne, Durchleuchtung mit 340
 Testijodol 77
 Tetanie, eigenartige Fälle 62
 — und Ergotismus 423
 Tetanus 344
 —, nicht beachtete Quelle 97
 —, Kontaktübertragung 259
 —, Beobachtungen im Felde 388
 —, Behandlung 158, 159, 160, 161, 230, 231, 274
 —, Magnesiumsulfatbehandlung 200

Tetanusantitoxininjektion, Exanthem nach 395
 Tetanusserum, Anwendung 159
 —, Intoxikation 187
 Thigan 89, 487
 Thigasin in der Gynäkologie 459
 Thiokol 450
 Thiorubrolbäder 488
 Thymobronchin 23
 Tic convulsiv, Behandlung mit Chlorkalzium 238
 Tintenstifte, Verletzungen mit 480
 Todesfälle, plötzliche 147
 Tonsillitis, Harnröhrenentzündungen bei 425
 Torfmoosverband 358
 Transpirol 86
 Transportschiene 212
 Trastomalkapseln 408
 Tricalcol 169
 Trigeminusast, Neuralgie des ersten 352
 Trinkwasser, Sterilisation 176
 Trockennährböden zur Typhus- und Dysenteriediagnose 180
 Tuberkelbazillen, Typus bei Lungen- und Bronchialdrüsen-Tuberkulose 218
 Tuberkulintherapie, perkutane 80
 Tuberkulöser Harn, Untersuchung 10
 Tuberkulöses Sputum, Sterilisation durch Phenolderivate 255
 Tuberkulose, hämorrhagische Diathese bei 5
 —, Friedmannsches Mittel bei 21, 209, 280, 319
 Tumoren, Serodiagnostik maligner 7
 Typhus abdom. s. Abdominaltyphus
 Typhusbazillen, Ausscheidung durch Bazillenträger 97
 Typhusbazillenträger, Behandlung 446
 Typhusdiagnose, Gruber-Widalsche Probe zur 260
 Typhusreaktion bei Ruhr 427
 Typhusschutzimpfung 208
 —, Krankheitserscheinungen nach 435

U

Ulcus corneae serpens, Behandlung 295
 — cruris, Pittylen bei 34
 — —, Pellidol und Azodolen bei 289
 — —, Radiumemanation bei 339
 — rodens, durch Kupfer und Quarzlampe geheilt 180
 — ventriculi, Larosan bei 410
 Universalschiene 250

Urethritis posterior, Symptom der beginnenden 13
 Urologischkranke, Verhalten, um sie nicht zu infizieren 240
 Urotropin, Hämaturien nach großen Gaben 18
 Urticaria, Adrenalin bei 131
 Uteramin-Zyma 40, 291
 Uteruskarzinom, Behandlung des inoperablen 94
 Uterussonde mit Aetzstäbchen 46

V

Vakzination, Diabetes nach 385
 Valamin in der Gynäkologie 38
 Variola, Behandlung 448
 Varizenbildung und Infektionskrankheiten 4
 Vena iliaca externa, Strangulation nach Appendektomie 306
 Verbandmittel, Ersatz 110
 Verbandstoffe, baumwollene 109
 —, Sparsamkeit 149, 150, 151
 Verbrennungen, Behandlung 317
 Veronal bei Delirium tremens 31
 Veronazetin gegen Seekrankheit 71
 Vesicaesan in der Frauenpraxis 38

W

Wadenschüsse 189
 Wassermannsche Reaktion bei Pemphigus 302
 — —, Beeinflussung durch Embarin und Merlusan 375
 Wassersalben 128
 Wasserstoffsuperoxyd zur Wundbehandlung 153, 226, 359
 Wehenmittel 245
 Weichteilverletzungen, Behandlung großer 190
 Wochenbett, zur Aetiologie der Spätblutungen 1
 Wundantiseptis unmittelbar nach der Verletzung 496
 Wunde Füße, Versorgung 35
 Wunden, Epithelisierung 227
 —, Berieselung 273
 —, Behandlung mit Calomel 274
 —, Wasserstoffsuperoxydsalbe bei 359
 —, offene Behandlung eiternder 362
 —, Behandlung mit Heftpflaster 362
 —, Behandlung infizierter 362, 396
 —, Paraffin. liquid. bei 398
 —, künstlicher Magensaft bei 434
 —, Zinkperhydropaste bei 436

XII

Wunden, Pallidol bei 437
Wundverband im Felde, erster 190

Y

Yatren in der Oto-Rhino-Laryngologie 410
Yatren gaze 67
— bei Ausfluß der Frau 292

Z

Zellstoff als Ersatz für Mull und Watte 225
Zinkmattan als Unterlage für Druckkollodium 373
Zinkperhydropaste bei Wunden 436
Zuckerkrankheit s. Diabetes
Zunge, tuberkulöses Geschwür 62

Autorenregister.

A

Abel 40
Adrian 260
Ahlfeld 321
Alexander 161, 187
Alter 259
Althausen 280
Althoff 131, 238
Ammenhäuser 220
Angerer 158
Ansinn 495
Anton 269
Apolant 168
Arndt 141
Arneth 121

B

Bab 490
Babucke 36
Baerthlein 501
v. Baeyer 110, 273
Bahr 451
Bandorf 156
Bannwarth 96
Barsach 265
Barth 279
Baruch 209
Baur 10
Bechhold 114
v. Behring 159
Beldau 168
Benario 108
Bergell 221
Bergmann 122
Berkhan 214
Bermbach 274
Bernecker 45

Bernheim 129
Bernoulli 377
Bervers 8
Biermann 370
Billet 20
Birkhäuser 44
Birnbäum 38, 457
Bischoff 15
Bittorf 16
Blaschko 233, 295
Blohmke 304
Blumenthal 149
Blunck 33
Boas 282
Bockhart 32
Böcker 441
Böhme 423
Bönnen 381
Boenheim 187
Böttcher 102
Bohne 342
Bollag 16
Bonhoff 278
Borchardt 69
Bossert 198
Brauer 370
Braun 234
Breitmann 167
Brind 390
Brodfield 62, 416
Bruck 411
Brunner 86, 108
Bubert 289
Burk 251 396
Busch 182
Buschan 217
Buschke 393

C

Cassel 71
Chajes 453
Chilaiditi 240
Chlumsky 122
Christ 17
Chrysospathes 398
Cohn 244
Cramer 183
Credé 306
Cropper 290
Czapek 104
v. Czyhlarz 12
Cukor 91

D

Danielsen 364, 403
Dedolph 198, 278
Demsar 391
Dernowsek 43
Dibailow 12
Dieckmann 65
Dierling 272
Dobisch 275
Döhring 340
Dölger 105, 133
Döllner 19
Dorn 72
Dreist 35
Dresel 177, 385
Dreuw 496
Drews 163
Dreyfus 274
Dubois 463
Dutoit 43

E

Eckard 67
Edel 383

Edelberg 2
 Eder 140
 Eggert 65
 Ehrl 281
 Ehrmann 220
 Eichhorst 53, 385
 Ellermann 471
 Emmerich 238
 Engel 277, 421
 Engelen 3, 28, 135
 Engelmann 44, 46, 137, 388
 Epstein 166
 Erdheim 430
 Eschbaum 35
 Eschweiler 33
 Eulenburg 323
 Ewald 266
 Eysell 419

F

Falk 91
 Faschingbauer 5
 Feist 278
 Fiessler 198
 Finckh 386
 Finlay 465
 Fischer 164, 258, 289
 Fischer-Galati 138
 Flaschen 137
 Flatau 211
 Focke 41
 Fraenkel 75, 157, 210, 226
 Franck 178
 Frank 49, 66, 137, 263, 303
 Franke 88, 149, 284, 355
 Frankenstein 291
 Frankenthal 391
 Franz 212
 v. Frendl 204
 Freund 272
 Frey 18
 Fried 170
 Friedeberg 325
 Friedländer 72, 174, 410, 502
 Fritz 311
 Froehlich 39
 Frühwald 271
 Fuchs 423
 Fürst 4, 417
 Fürstenberg 235
 Fuld 163
 Funke 434

G

Galewsky 341
 Galli 469

Gaugele 370
 Gautier 284
 Gebb 452
 Gelinsky 495
 Gerson 357, 388
 Gerwin 447
 Gildemeister 501
 Gilson 16
 Glas 320
 Glaser 449
 Goldscheider 347, 388
 Goldschmidt 26
 Goldstein 303
 Grabs 26
 Grahe 62
 Grober 209
 v. Gröer 369
 Gross 404
 Grünbaum 2, 132, 425, 428
 Guszman 303
 Guth 396

H

Haake 84
 Haberda 467
 v. Haberer 319
 Haedicke 488
 Haenlein 410
 Hafermann 131
 Hagin 425
 Halban 390
 Hamburger 368
 Hara 7
 Harnack 108
 Hartmann 484
 Hasenbalg 196
 Hayward 319
 Hecker 211
 Heermann 362
 Hegler 64
 Heinemann 12, 58
 Heinrichsdorff 478
 Heise 5
 Heller 309
 Henius 83
 Herbst 380
 Hercher 123
 v. Herff 497
 Herxheimer 342
 Herzberg 37, 210
 Herzog 198
 Hesse 302, 375
 Heuer 340
 Heusner 229
 Hilfrich 316
 Hiller 408

Hirsch 71, 292
 v. Hirsch-Gereuth 272
 Hirschberg 60, 245
 Hirschbruch 97
 Hirschfeld 73, 248, 398
 Hnáték 343
 v. Hösslin 116
 Hoestermann 106
 Hoffmann 36, 89, 222, 225, 306
 Hopkins 144
 Horn 6, 208
 ten Horn 140
 Huber-Pestalozzi 476
 Hübler 22, 315
 Hüsey 479
 Hufschmidt 61
 Hunttemüller 67

I

Isaac 147
 Isenschmid 188

J

Jacob 130, 205
 Jakobsthal 97
 Jastram 308
 Jauer 166
 Jennicke 391
 Jochmann 161
 Jödicke 461
 Johnson 143
 Jokl 29
 Jüngerich 127
 Juliusburger 29, 450
 Jungmann 178

K

Kärcher 75
 Kafemann 77
 Kahn 21
 Kahowski 27
 Kalberloh 446
 Kall 210
 Kantorowitz 86
 Karewski 280
 Karl 474
 Kastan 352
 Katz 142, 248, 292
 Kauffmann 296
 Kaufmann 25, 455
 Kaupe 227
 Kázmér 68
 Keil 118
 Kellermann 231
 Kempner 324
 Keppler 177
 Kiel 135

XIV

Kijukoff 261
 v. Kirchbauer 85
 Kisch 405
 Kißkalt 254
 Klar 196
 Klare 21
 Klauber 21
 v. Klein 138
 Kleinschmidt 344
 Klemperer 78, 489
 Klempfner 405
 Klotz 219
 Knack 64
 Koch 362
 Köhler 259, 460
 König 250
 Körber 46
 Köster 344
 Köthner 500
 Kolde 39
 Koller 485
 Konjetzny 232
 Korach 358
 Korb 450
 Korn 241
 Kosminski 290
 Kossel 206
 Kottmaier 437
 Kraemer 20, 195
 Kraus 93
 Krecke 151, 361, 363
 Kremer 385
 Kreuter 160
 Kroemer 490
 Kromayer 412
 Krüger 408
 Krummacher 357
 Külbs 23, 485
 Kummell 295
 Kukulus 411
 Kumaris 120
 Kummant 143
 Kusznitzky 395
 Kutschera 80
 Kuznitzky 315

L

Labhardt 7
 Lachmann 247
 Lalajanz 372
 Lampe 345
 Lampé 284
 Landeker 1
 Landmann 471
 Landow 481

Landsberg 41, 90
 de Langen 408
 Lapinsky 299
 Ledderhose 150
 Ledergerber 10
 Lehnert 262
 Lentz 273
 Lenzmann 285, 322
 Leschke 181
 Leser 115
 Levinson 44, 302
 Lévy 367
 Levy-Dupan 290
 Lewy 431
 Lichtenstein 106, 332
 Lindbom 143
 Lindborn 371
 Linhart 228
 Linker 267
 Lipp 221
 v. Lobaczewski 496
 Löb 9
 Löhniger 139
 Loew 238
 Löwenstein 71
 Loofs 1
 Lossen 317
 Lücken 69
 Lüth 231
 Luster 340

M

Machenhauer 436
 Magnus-Levy 257
 Makrocki 189
 Mandler 291
 Marcovici 259
 Marek 392, 427
 Masarey 211
 Mathias 304
 Mayer 30, 39, 128, 217, 289
 Meesmann 178
 Mende 54
 Merkel 475
 Merzbach 20
 Messerli 344
 Messerschmidt 255
 Meuser 244
 Meyer 33, 409
 Meyer-Betz 7
 Meyer-Steinegg 378
 Michael 213
 Michaelis 438
 Michelsen 43
 Mirte 348

Mitschke 238
 Moczulski 82
 Möllers 218
 Moench 472
 Mönckeberg 386
 Moewes 166
 Mohr 98
 Molévs 60
 Molnár 465
 Momburg 68, 110
 Monti 241
 Morawitz 235
 Morgenroth 180
 Mühlens 448
 Mühsam 319
 Müller 160
 Mueller 190
 Müller de la Fuente 444
 Münzker 481

N

Nathan 342
 Neugebauer 138
 Neumayer 416
 Neuwirth 134
 Nielsen 395
 Nobel 105
 Nocht 124
 Noder 477
 Noehte 318
 v. Noorden 327
 Nordentoft 442
 Nordmann 9, 199
 Nothmann 498
 Nussbaum 69

O

Oberst 180
 v. Oettingen 399
 Ohrenstein 248
 v. Olshausen 146, 297
 Oppenheim 38
 Otto 140
 v. Oy 169

P

Panse 253
 Pape 352
 Pataki 326
 Payr 274, 402
 Pečirka 447
 Pedenko 370
 Peiper 208
 Perthes 346
 Peterka 242
 Peters 79

Petry 261
 Peus 24
 Pfeiffer 284
 Pfleger 103
 Pförtner 189
 Philip 171
 Pichler 359
 Pinkus 341
 Pöhlmann 356
 Polák 202
 Polland 77
 Popovici 480
 Popper 84
 v. d. Porten 31
 v. Posch 37
 Prasek 203
 Příbram 288
 v. Provazek 253
 Prym 157
 Puppel 247

Q

Quinke 234

R

Rabe 419
 Rauch 322, 404, 468
 Reichmann 187
 Reifferscheid 245
 Renisch 376
 Rentz 265
 Renz 374
 Rhein 55, 179
 Richards 143
 Richter 486
 Riedel 337
 Riehl 201, 230
 Rille 356
 Rindfleisch 116, 197
 Ritter 192
 Ritschl 459
 Röher 83
 Rohmer 234, 356, 443
 Rohr 88
 Romberg 125
 Rosenberg 417
 Rossberger 463
 Rostock 253, 364
 Rothfuchs 161
 Rothschild 7, 441
 Rotky 485
 Roubitschek 482, 485
 Ruediger 355, 369
 Ruhemann 154, 400
 Runge 31
 Ruppel 410

Rusca 14
 Ryhiner 7

S

Saalfeld 487
 Sachs 456, 492
 Saenger 370
 Salfeld 157
 Salomon 34, 45, 74
 Samberger 86
 Saphier 339
 Schaefer 276
 Scharnke 75, 300
 Schawlow 183
 Schemensky 183
 Schenderowitsch 380
 Schian 237
 Schick 449
 Schiele 232
 Schilling 428
 Schillinger 438
 Schmerl 58
 Schmidt 100, 208, 504, 494
 Schmitz 15
 Schneider 53
 Schönfeld 338
 Schönhals 60
 Schönowitz 334, 459
 Schöppler 99, 500
 Scholz 80, 131
 Schotten 308
 Schrumpf 399
 Schüle 202
 Schürer 323
 Schüssler 370
 Schütz 411
 Schulte 189
 Schultes 25, 175
 Schultze 222, 223
 Schumacher 301, 314, 427, 455
 Schwab 67
 Schwarz 260, 268
 Schweisheimer 7
 Schwering 238
 Seelig 371
 Seemann 21
 Seger 13
 Seifert 486
 Senger 189
 Sfakianakis 38, 249
 Sheffield 107
 Siebelt 76
 Sielaff 466
 Sielmann 450

Silberstein 75
 Simon 18
 Singer 5, 281
 Soldin 406
 Spiethoff 488
 Spitzzy 252
 Spoerl 142
 Staffel 179
 Springer 362
 Starke 338
 Starr 225
 Steinbach 18
 Steiner 163
 Steinthal 349
 Stephan 433
 Stern 57, 59, 102
 Stierlin 466
 Storp 66
 Strauss 225, 231, 382
 Streit 93
 Stuchlik 424
 Stümpke 14, 89
 Stumpf 126
 Statzin 240
 Sudeck 201
 Süpflé 111
 Sussmann 249
 Syring 298
 Szerdotz 173
 Szubinski 366

T

v. Tabora 366
 Tassius 245
 Teuscher 11
 Thierfelder 29
 Thilenius 46
 Tiegel 365
 Toenniessen 354
 Traeger 448
 Trallero 141
 Trinchese 499
 Trumpp 193

U

Ulrich 23
 Umler 429
 Umbreit 71
 Ungár 19
 Ungar 147
 Unger 187, 437
 Unna 335, 373, 414, 454, 486
 Unverricht 351
 Usener 200

V		
Vanselow 287	Wassermann 104	Witteck 401
Vasiljevič 83	Weber 429	Witzenhausen 439
Vathernahm 175, 214	Weigeldt 472	Wolf 501
Vischer 186	Weihmann 213	Wolf-Eisner 260
Vörner 225	Weiler 360	Wolffberg 242, 293
Vogel 483	Weinberger 84	Wotzilka 52
Vogt 25, 94, 329, 395	Weiß 59, 82, 130	Wrede 430
Vorschulze 23	Welz 17, 53	Wulf 64
	Wichmann 209	
W		Z
Wachsmuth 261	Widmann 136	Zacharias 393
Waelsch 87	Wiesel 165	Zahn 73
Wagner 56, 144	Wilcke 399	Zange 270
Waller 172	Wilenko 128	Zesas 4
Walther 91, 153, 197, 335	Wilensky 307	Ziegler 115
Warburg 102	Williams 130	Zuelchauer 325
Warda 73	Williger 109	Zweifel 331
	Winkler 86	
	Wintz 132	

Neue Bücher.

Börners Reichs-Medizinal-Kalender 176	Hoffa-Grashey, Atlas und Grundriß der Vebandlehre 176
Cemach I., Chirurgische Diagnostik in Tabellenform 47	Schleich C. L., Echo meiner Tage 215
Ehrlich P., Abhandlungen über Salvarsan 136	Schmidt H., Friedheim L., Lamhofer A. und Donati I., Diagnostisch-therapeutisches Vademecum 48
Finckh L., Der Bodenseher 215	Stein R. C., Fadenpilzkrankungen des Menschen 48
Helferich, Atlas und Grundriß der traumatischen Frakturen und Luxationen 176	Versluys I., Ueber die Verbreitung von Seuchen durch Insekten im Kriege 256

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voß in Leipzig und Hamburg.

XXIV. Jahrgang

Nr. 1.

Oktober 1914

Journalauszüge.

Aetiologisches.

Beitrag zur Aetiologie der Spätblutungen im Wochenbett. Von Fr. A. Loofs (Aus der Frauenklinik der Universität Halle). Ausführliche Beschreibung eines ungewöhnlich seltenen und interessanten Falles von wiederholten Blutungen im Spätwochenbett, deren letzter die Frau erlag. Es war eine Wendung wegen Schräglage und Armvorfall gemacht worden, dabei war es in einem linksseitigen Zervixriß zu einer Verletzung des Zervikalastes der Art. uterina gekommen, und mit der Zeit hatte sich ein Aneurysma spurium dieser Arterie gebildet, welches durch ein Loch im Gewebe von Zeit zu Zeit profus blutete. Schließlich wurde die abdominale Exstirpation des Uterus an der pulslosen Frau ausgeführt, sie kam zu spät. — 2 ähnliche Fälle werden aus der Literatur mitgeteilt: ein Fall von nicht geheiltem Zervikalriß, ein Fall von Uterusruptur. — Schluß: Zeigen Spätblutungen rezidivierenden Charakter derart, daß nach einer profusen ersten Blutung ein längeres blutungsfreies Intervall kommt und daß die erneute Blutung am Ende einer Periode fortschreitender Besserung und Erholung eintritt, so ist das ein Zeichen, daß man es mit einer „Aneurysmablutung“ zu tun hat, der gegenüber alle konservativen Maßnahmen aussichtslos und gefährlich sind, inkl. Naht eines etwa vorhandenen Risses.

(Beitr.z. Geburtsh. Bd. 18 H. 2. —

Fortschr. d. M. 1914 Nr. 25.)

Zum Kapitel der vikarierenden Menstruation. Von Dr. A. Landeker, Berlin-Charlottenburg. Verf. hat periodisches Auftreten profuser Diarrhöen in typischen Menstruationsintervallen be-

obachtet (17 Fälle) und sieht diese Diarrhöen als vikariierende Menstruation an. (Allg. m. Zztg. 1914 Nr. 20.)

Ein weiterer Beitrag zur sekundären Meningitis. Von Dr. A. Solmsen und Dr. Edgar Grünbaum (Städt. Krankenhaus in Danzig). Fall von Coli-Pyelitis, der plötzlich unter hohem Fieberanstieg zu ausgesprochenen meningitischen Symptomen führte. Nachdem bei der Lumbalpunktion unter hohem Druck wasserklarer Liquor ohne chemischen und bakteriellen Befund (Meningitis serosa!) abgelassen war, erfolgte sofort prompter Abfall des Fiebers und der bedrohlichen Hirnerscheinungen. Die Pyelitis besserte sich erst allmählich. — Verff. glauben auf Grund dieses Falles, auch die Coli-Pyelitis unter die Krankheiten einreihen zu dürfen, die in ihrem Verlaufe zu meningitischen Zuständen (Meningitis serosa) führen können, besonders da für die letztere von manchen Autoren dem Bacterium coli überhaupt eine große ätiologische Rolle zugeschrieben wird. (D. m. W. 1914 Nr. 7.)

Zur Aetiologie des Scheidenkrebses. Von K. Edelberg, München. Bei der Verwendung von Pessarien bei Scheiden- und Gebärmuttersenkungen ist es notwendig, den mit ihrer Anwendung einhergehenden Schädlichkeiten nach Kräften entgegenzuarbeiten, denn oft kann man die Beobachtung machen, daß Pessarien, nach individuell natürlich verschieden langem Gebrauch, zu Epithelabschilferungen, Druckverletzungen, Erosionen und Geschwüren führen. Diese Verletzungen zeigen allerdings nach zeitweiliger Entfernung der Ringe eine günstige Neigung zur Abheilung, und nur ungemein selten im Vergleich zu der häufigen Anwendung der Pessarien entarten die durch Druck derselben entstandenen Verletzungen karzinomatös. Gerade deshalb aber ist es nötig, mit größtem Nachdruck darauf hinzuweisen, daß den durch Pessarien entstandenen Schädigungen volle therapeutische Aufmerksamkeit gewidmet werden muß. In der Anstalt von Hofrat Dr. Theilhaber hatte Verf. Gelegenheit zu einer derartigen Beobachtung: Frau N., 68 Jahre alt, hat 8 regelmäßige Geburten durchgemacht. Die Menopause ist im 50. Lebensjahre eingetreten. Seit 15 Jahren leidet sie an einem Vorfall der Scheide. Der Hausarzt legte ihr wegen des Prolapses einen Ring ein. Derselbe wurde in der ersten Zeit, zwecks Reinigung, ab und zu entfernt. Außer leichten Druck- und Reizerscheinungen machte das Tragen des Pessars der Patientin keinerlei Beschwerden. Sie hielt es deshalb nicht für nötig, weiter zum Arzte zu gehen. Der Ring blieb unausgesetzt 12 Jahre in der Vagina. Im April 1913 kam Patientin mit der Klage über seit einigen Monaten bestehenden eitrigen Ausfluß mit

Beimischung von Blut. Die Untersuchung ergab folgendes: Der hintere Teil des Ringes liegt am oberen Teile der hinteren Scheidenwand auf, daselbst befindet sich ein etwa dreimarkstückgroßes tiefes Geschwür, das auf die rechte und linke Scheidenwand übergreift. Das Geschwür hat verdickte Ränder und sondert viel Jauche ab. Die Umgebung des Geschwürs ist stark ödematös. Am Uterus selbst ist nichts Abnormes zu finden; er liegt anteflektiert und ist mit seinen Adnexen frei beweglich. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist gut, nur hat sie in den letzten Wochen zeitweise Kreuzschmerzen gehabt und hat an Gewicht etwas verloren. Da der Ring sich nicht entfernen läßt, wird er mittels Zangen zerstückelt und stückweise herausbefördert. Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen, aus dem Geschwürsgrunde ausgeschnittenen Stückchens ergibt ein Plattenepithelkarzinom, und da das Karzinom offenbar nicht radikal operierbar ist, wird es ausgelöffelt und kauterisiert. Außerdem wird Patientin mit Antiplastomin eingespritzt und röntgenisiert. Leider entzog sie sich, aus pekuniären Gründen, der weiteren Behandlung. (Zbl.f.Gyn.1914 Nr.7.)

Zur Aetiologie der Schrumpfniere. Von Dr. Engelen, Chefarzt der Abteilung für innere Krankheiten (Aus dem Marienhospital in Düsseldorf). Am 17. Februar 1908 hielt Siegel im Verein für innere Medizin in Berlin einen Vortrag über Abkühlung als Krankheitsursache. Es wurden dort mikroskopische Präparate von Nephritis acuta demonstriert, experimentell bei Hunden erzeugt durch Eintauchen der Pfoten in kaltes Wasser. Es ist allgemein bekannt, wie oft in der Praxis Erkältungskatarrhe als Folge einer Nässung der Füße bei schlechter Witterung zu beobachten sind. Je nach der besonderen Disposition bildet sich oft ein Schnupfen aus, bei anderen eine Bronchitis, bei anderen eine Otitis media; auch eine akute Erkältungsnephritis mit oder ohne Vorausgehen einer Angina kann sich bekanntlich einstellen. Da nun die Gelegenheit zum Wirksamwerden dieser Erkältungsursache in besonders hohem Maße bei Hyperidrosis pedum gegeben ist, so habe ich in den letzten Jahren bei allen Fällen von Schrumpfniere, wo die gewohnten ätiologischen Feststellungen (Arteriosklerose, Gicht, Lues, akute Nierenentzündung, Bleivergiftung, Alkoholismus, üppige Lebensweise) ein negatives Resultat ergaben, gefragt nach dem Bestehen von Schweißfuß. Mein Krankenmaterial an Nephritiden jeder Art ist ungewöhnlich reichhaltig. In jedem dieser unter Berücksichtigung der obigen Bedingung (des Fehlens sonstiger ätiologischer Momente) befragten Fälle erhielt ich eine bejahende Antwort. Interessant war das familiäre Auftreten von anscheinend primärer Schrumpfniere in den vierziger Lebensjahren bei 3 Ge-

schwistern (1 Bruder, 2 Schwestern), die alle 3 an Schweißfüßen litten. Bei der sehr großen Anzahl der unter diesem Gesichtspunkt untersuchten Nephritiker kann das Fehlen eines negativen Bescheides wohl nicht auf Zufall beruhen. Die Empirie dieser klinischen Forschung deckt sich mit der eingangs erwähnten experimentellen Feststellung, daß eine Schädigung der Nieren durch den Einfluß nasser Kälte auf die Füße bewirkt werden kann. Daß bei Schweißfuß durch die chronische Kältung und Nässung eine Summation von schleichenden Nierenschädigungen herbeigeführt werden kann, ist plausibel. Nach dieser Annahme würde eben die im Einzelfall bewirkte Schädigung der Niere nicht so heftig sein, daß sie als Nephritis acuta die ätiologisierende Aufmerksamkeit demonstrativ auf sich lenkte. Für zwei eng verwandte Krankheitsbilder, für die sekundäre Schrumpfniere nach akuter Erkältungsnephritis und für manche Fälle der anscheinend primären Schrumpfniere, wäre somit eine gemeinschaftliche Entstehungsbasis klargelegt. Diese Feststellung, die ich zur Nachprüfung empfehle, ist von Bedeutung für die Prophylaxe. Die bewährte Formalinbehandlung des Schweißfußes ist geeignet, die Nässung der Strümpfe zu hindern und somit den gesundheitsschädlichen Einfluß lokalisierter starker Wasserverdunstung zu bekämpfen, also häufige Erkältungen zu verhüten. Zumal bei hereditär Belasteten läßt sich hoffentlich auf diesem Wege eine wirksame Prophylaxe ermöglichen.

(D. m. W. 1914 Nr. 2.)

Ueber die Verschleppungsmöglichkeit pathogener Darmbakterien durch Brot. Von Dr. Fürst (Aus der Kgl. bakteriologischen Untersuchungsanstalt München). Typhushausinfektion in einer Kinderbewahranstalt, hervorgerufen durch Brot aus einer Bäckerei, in der Typhuserkrankungen vorgekommen waren.

(M. m. W. 1914 Nr. 26.)

Varizenbildung und Infektionskrankheiten. Von Denis G. Zesas. Verf. hat seit längerer Zeit bei der Untersuchung von Patienten mit Krampfadern sein Augenmerk auf die Möglichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen der Varizenbildung und etwaiger vorangegangener infektiöser Prozesse gerichtet und ist von der Häufigkeit durchgemachter Infektionskrankheiten in der Anamnese solcher Kranken überrascht. Rheumatismus, Scharlach, Anginen, Tuberkulose, akute Enteritiden, vornehmlich aber Pneumonien und Influenza scheinen hierin am häufigsten in Frage zu kommen, sodaß Verf. Tavel vollkommen beipflichten muß, wenn er annimmt, daß den Infektionskrankheiten eine wichtige und noch viel zu wenig gewürdigte Rolle in der Aetiologie der Varizen zu-

falle. Die Bakterientoxine scheinen zweifellos chronische Veränderungen der Gefäßwandung zu bewirken, die diese letztere ihrer Elastizität berauben und zur Ektasie des Gefäßes führen. Sind die Wandungen verändert, so werden auch bald die Venenklappen insuffizient, und der ektasische Prozeß kann sich dann mehr oder weniger entwickeln. (Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 23.)

Hämorrhagische Diathese bei Tuberkulose. Von Dr. Hermann Faschingbauer (Aus der IV. mediz. Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien).

1. Die Purpura ist eine nicht allzu seltene Begleiterscheinung der Tuberkulose und kann in allen Stadien derselben auftreten; sie kann das erste Symptom einer beginnenden Tuberkulose sein, kann sich im Verlaufe einer chronischen Tuberkulose ein- oder auch mehrmals einstellen und kommt auch im Stadium der tuberkulösen Kachexie vor.

2. Von besonderem Belange scheint die Akuität des tuberkulösen Prozesses zu sein; die meisten Beobachtungen betreffen eine akute oder akut exazerbierende Tuberkulose.

3. Die Ursache dürfte in einer Ueberschwemmung des Organismus mit Toxinen des Tuberkelbazillus zu suchen sein.

4. Jede Purpura, deren Genese nicht klarzustellen ist, soll auch an eine latente Tuberkulose denken lassen.

(W. kl. W. 1914 Nr. 23.)

Aetiologisches in der Rheumatismusfrage. Von Professor Dr. Gustav Singer (Wien). Die akute Polyarthrititis ist das Produkt der Infektion mit den verschiedenartigsten Erregern. Ihr Kernbild, der sogenannte akute Gelenkrheumatismus, geht aus einer Infektion mit pyogenen Kokken, speziell Streptokokken, hervor und gehört als Varietät zur großen Krankheitsfamilie der Pyämie.

(W. m. W. 1914 Nr. 22.)

Beitrag zur Frage des akuten Ekzems mit psychischer Aetiologie. Von Dr. W. Heise (Aus der Landesirrenanstalt zu Landsberg a. W.). Wärterin wird von einer Kranken überfallen und erschrickt heftig. 5 Stunden später starkes Brennen im Gesicht, Rötung und Schwellung desselben. Rasche Entwicklung eines sehr starken Ekzems, Höhepunkt am 3. Tage. Weiterverbreitung über Arme, Nabel, Oberschenkel. Vom 4. Tage ab Rückgang der Erscheinungen. Pat. gesundes Mädchen, nur leichte Erregbarkeit des Gefäßsystems (Dermographie, leichtes Erröten). (Neurol. Zbl. 1914 Nr. 8.)

Ueber Herzstörungen nach Unfall. Von Dr. Paul Horn,
Zusammenfassung:

1. Herzstörungen nach Unfall können entstehen entweder nach psychischer oder nach mechanischer Einwirkung. Erstere können primär als unmittelbare Unfallfolge oder sekundär im weiteren Krankheitsverlaufe auftreten. Herzstörungen nach mechanischer Einwirkung sind klinisch entweder bleibend funktioneller, vorübergehend funktioneller und dann organischer oder sogleich ausgesprochen organischer Natur.

2. Primär auftretende psychogene Herzstörungen nach Unfall finden sich vor allem bei den sogenannten Schreckneurosen, meist kombiniert mit Gefäßanomalien oder sonstigen Erscheinungen im vegetativen Nervensystem.

3. Sekundär sich entwickelnde Herzstörungen funktioneller Natur sind ursächlich in vielen Fällen auf die durch Rentenkämpfe usw. bedingten Aufregungen zurückzuführen. Sie gehören alsdann zum Symptomenbilde der Rentenkampfneurose und sind als solche unter Umständen nicht entschädigungspflichtig.

4. In seltenen Fällen können auch arteriosklerotische Veränderungen im Verlaufe der Rentenkampfneurosen entstehen. Ebenso wird gelegentlich Arteriosklerose nach Kopftraumen beobachtet. Zur Anerkennung des Unfallzusammenhanges ist jedoch der Ausschluß sonstiger ätiologischer Momente unbedingt erforderlich.

5. Die Prognose funktioneller Herzstörungen nach Unfall ist, wie die der meisten Unfallneurosen, günstig, falls die Entschädigungsansprüche durch einmalige Abfindung baldigst und definitiv erledigt werden. Beim Rentenverfahren dauert das Abklingen funktioneller Störungen in der Regel ganz erheblich länger oder bleibt vollkommen aus.

6. Ein abwartendes Verhalten empfiehlt sich bei der Entschädigung funktionell erscheinender Herzstörungen nach Brustkontusionen.

7. Organische Schädigungen des Herzens nach mechanischer Einwirkung (Brustkontusion, heftige Allgemeinerschütterung, körperliche Ueberanstrengung) tragen mitunter zunächst rein funktionellen Charakter, führen dann weiterhin allmählich, gelegentlich aber auch rapide, zu erheblichen Veränderungen des Herzens und Störungen der Zirkulation. Stärkere Läsionen des Herzens, Zerreißungen der Klappen oder dergleichen haben ein sofortiges Auftreten schwerer und klinisch ausgesprochen organischer Erscheinungen im Gefolge.

8. Wichtig für die Frage des Kausalzusammenhanges zwischen Unfall und organischem Herzleiden ist das Vorhandensein von

Brückensymptomen sowie der Nachweis verminderter Leistungsfähigkeit in der Zwischenzeit. Möglichste Klarstellung der Anamnese.
(D. m. W. 1914 Nr. 2.)

Diagnostisches.

Diagnostische Erfahrungen bei Lungengeschwülsten. Von Dr. David Rothschild, Bad Soden a. T. Der Ausspruch Gerhardtts hat auch heute noch seine volle Berechtigung, bei allen älteren Leuten, bei denen Tuberkulose mit Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen ist, und die mit Husten blutigen Auswurf bekommen, an Lungenkrebs zu denken. — Wichtig erscheint für die Diagnose der Nachweis eines hämorrhagischen Pleuraexsudats. In vier Fällen konnte Verf. allein aus diesem Befund die Diagnose stellen.
(M. Kl. 1914 Nr. 24.)

Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. Von Dr. K. Hara (Aus dem Institut für experimentelle Krebsforschung in Hamburg-Eppendorf). Es zeigte sich, daß die Meiostagminreaktion für die Serodiagnostik der malignen Geschwülste recht brauchbar ist.
(D. m. W. 1914 Nr. 25.)

Zur Frage der Spezifität und klinischen Brauchbarkeit der Abderhaldenschen Reaktion. Von Friedr. Meyer-Betz, Peter Ryhiner und W. Schweisheimer (Aus der medizinischen Klinik der Universität Königsberg). Auf Grund ihrer Resultate können Verff. den ablehnenden Standpunkt, den andere Autoren der Abderhaldenschen Reaktion gegenüber einnehmen, nicht teilen. Daran können auch die da und dort vorhandenen Fehldiagnosen nichts ändern. Sie sinken bei minutiöser Technik und Beachtung aller Fehlerquellen auf ein geringes Maß herab. Das Wichtigste ist, daß man sie alle kennt und zu vermeiden sucht. Verff. glauben vielmehr mit ihren Versuchen den Beweis geliefert zu haben, daß Abderhaldens Anschauungen richtig und die Dialysiermethode klinisch brauchbar ist. Sie ist es aber nur, wenn man wie vor der Vornahme einer Wassermannschen Reaktion sämtliche Reagentien — und dazu gehören bei der Dialysiermethode in erster Linie die Schläuche und die Organe, womöglich auch noch das Serum — sorgfältig prüft bzw. austitriert. Sonst sind natürlich Fehlresultate an der Tagesordnung.
(M. m. W. 1914 Nr. 22.)

Ueber ein häufiges Frühzeichen der Schwangerschaft. Von Privatdozent Dr. Alfred Labhardt, Basel. Als eines der frühesten Graviditätssymptome darf wohl die livide, sogenannte weinhefene

Verfärbung der Scheidenschleimhaut gelten. Wer einige Uebung besitzt, der wird in den meisten Fällen diese Verfärbung schon sehr früh, oft schon in der 5. oder 6. Schwangerschaftswoche erkennen, zu einer Zeit, wo der palpatorische Befund am Uterus noch nicht eindeutig ist. Bei Mehrgebärenden ist die Verfärbung meist noch deutlicher zu sehen als bei Erstgeschwängerten. Vf. hat nun im Laufe der Jahre die Beobachtung gemacht, daß die livide Verfärbung an einer bestimmten Prädilektionsstelle beginnt und dort bei entsprechender Beachtung am frühesten wahrgenommen werden kann. Es ist dies ein querer, etwa $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ cm breiter Strich, der etwa $\frac{1}{2}$ —1 cm unterhalb der Urethralmündung, dicht unterhalb des vorderen Hymenalsaumes, bzw. seiner Reste, verläuft; er verliert sich rechts und links in dem Recessus, den der Urethralwulst mit der Innenfläche der kleinen Labien bildet. Dieser „suburethrale livide Streifen“ ist bei der Mehrzahl der Schwangeren zu erkennen; bei Mehrgebärenden ist er allerdings meist leichter zu sehen. Er findet sich schon zu einer Zeit, wo die Verfärbung der Scheide noch kaum wahrzunehmen ist. Doch auch später bleibt er noch bestehen und zeichnet sich durch seine intensivere Blaufärbung aus. Bei Frauen mit Varizen an den äußeren Genitalien sieht man auch hier kleine Varikositäten; in solchen Fällen fühlt sich dann diese Partie schwammartig, wie angiomatös an; wie ein Schwamm läßt sich die Gegend zusammendrücken, springt aber bei Nachlassen des Fingerdruckes sofort wieder etwas vor, durch Füllung der unter der Schleimhaut liegenden Gefäße.

(Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 29.)

Einige Zustände, die das „akute Abdomen“ vortäuschen. Von E. C. Bevers, Oxford. Mit dem unübersetzbaren Ausdruck „akutes Abdomen“ bezeichnen die Engländer Fälle, die sofortige Laparotomie verlangen. — Nierenkolik kann exakt wie akute Perityphlitis aussehen. Wer den guten Gedanken hat, einen Blick ins Nachtgeschirr zu werfen, ist gerettet. Auch spricht die Ruhelosigkeit dieser Kranken gegen eine akute Peritonealerkrankung, bei der gewöhnlich ruhige Rückenlage eingehalten wird. — Kolik mit akutem Durchfall kann der Perityphlitis sehr ähnlich sein, weil ein von Gas und Faeces geblähtes Coecum empfindlich ist; doch pflegt der Darm auch an anderen Stellen empfindlich zu sein, und Druck den Schmerz nicht zu vermehren, sondern zu vermindern. — Menstruation bei empfindlichen Frauen, bei denen vielleicht Hämorrhagien in die Ovarien eintreten, können für akute Perforation gehalten werden, doch pflegt die Muskelspannung nicht stark zu sein; auch akute ascendierende Gonorrhöe hat schon zu Appendixoperation geführt. — Bei Hysterischen findet man Appendix-

symptome ohne Appendizitis. — Bei Magen- und Duodenalgeschwüren treten zuweilen die Symptome einer Perforation auf, ohne daß sich hernach bei der Operation eine solche findet. Erklärt sind diese Fälle ebensowenig wie die Todesfälle bei nicht-perforierten Geschwüren. Bei Perforation pflegt die Atmung kurz und stoßweis zu sein, bei guter abdominaler Atmung hat man keinen Grund, Perforation anzunehmen. Das Verschwinden der Leberdämpfung beweist keine Perforation, es kann auch von vorgelagertem Darm herrühren. Daß Gallensteinkoliken nicht selten zu Appendixoperationen verleiten, ist bekannt. — Bei allen diesen zweifelhaften Fällen ist das Gesamtverhalten der Patienten ein wertvolles Hilfsmittel. Aus dem Gesichtsausdruck allein läßt sich oft ersehen, ob Leibschmerz und Erbrechen eine ernste Bedeutung haben. — Schmerz in den unteren Lungenteilen wird oft im Leib empfunden, und manche Pneumonie ist schon durch die unnötige Narkose zum Schlimmen gewendet worden. Verzeihlich ist der Irrtum, wenn auf der Lunge noch keine deutlichen Zeichen sind. (Practitioner Bd. 91 Nr. 4. — Fortschr. d. M. 1914 Nr. 25.)

Allgemeines über die Untersuchung und die Behandlung der akuten Abdominalerkrankungen. Von Dr. O. Nordmann. Bei einer zirkumskripten reflektorischen Bauchdeckenspannung kann mit Sicherheit auf einen entzündlichen Prozeß in dem betreffenden Abdominalabschnitte gerechnet werden. Ist daselbst eine Schallverkürzung oder eine Dämpfung vorhanden, so liegt bereits eine Resistenz, ein Infiltrat und bei gewissen weiteren Symptomen unter Umständen ein Abszeß vor. Die diffuse Peritonitis ist an einer allgemeinen reflektorischen Spannung der Bauchdecken kenntlich. Alle anderen Untersuchungsmethoden können nicht im entferntesten derartig sicher zu verwertende Resultate ergeben. (M. Kl. 1914 Nr. 24.)

Ueber den klinischen Blutnachweis mittels der Benzidinreaktion. Von Prof. Dr. Walther Löb (Aus dem Rudolf Virchow-Krankenhaus zu Berlin). Die Ausführung des Blutnachweises mittels der Benzidinreaktion gestaltet sich folgendermaßen:

1. Man löse eine Benzidintablette*) in 5 ccm Eisessig unter Erwärmen auf. Eine dabei entstehende schwache Grünfärbung verschwindet beim Erkalten fast vollständig und stört die Reaktion in keiner Weise. Man läßt die Lösung, die sich einen Tag brauchbar erhält, vor Anstellen der Reaktion durch Einstellen in kaltes Wasser auf Zimmertemperatur abkühlen. Da eine Probe nur 1 ccm

*) Firma Goedecke & Co., Leipzig u. Berlin.

erfordert, kann eine Tablette zur Ausführung von mehreren Reaktionen dienen.

2. Man verreise bei Faecesuntersuchungen nach Schlesingers und Holsts Vorschlag eine kleine, etwa erbsengroße Menge Faeces mit einigen Kubikzentimetern Wasser im Reagenzglase sehr gründlich und koche die Mischung kurz auf.

3. In einem reinen Reagenzglase mische man 1 ccm der Benzidin-Eisessiglösung (Lösung 1) mit ca. 10 Tropfen einer 1 bis 5 % igen Wasserstoffsuperoxydlösung und überschichte diese Mischung mit 2—3 Tropfen der gekochten Faecesaufschwemmung (Lösung 2). Das Auftreten eines blauen Ringes beziehungsweise einer blauen, bei geringem Blutgehalte grünen Färbung spätestens nach einer halben bis einer Minute beweist die Gegenwart von Blut. Auf innige Verreibung der Faeces in Wasser ist besondere Sorgfalt zu verwenden. (M. Kl. 1914 Nr. 14.)

Beitrag zur Untersuchung von tuberkulösem Urin. Von Dr. J. Ledergerber und Dr. J. Baur in Liestal. Bei der Untersuchung auf Tuberkelbazillen ist es von größter Wichtigkeit, eine möglichst einfache, schnelle und zuverlässige Methode zur Hand zu haben. Diesem Ideal nähern sich die neueren Methoden, die in der Hauptsache auf der Anwendung von Antiformin und Ligroin beruhen. Diese Methoden erweisen sich beim Sputumuntersuch als ganz gut. Es handelt sich noch darum, eine Methode zu finden, die die Untersuchung des Urins auf Tuberkelbazillen ebenso sicher und rasch vor sich gehen läßt. Ist es doch gerade bei Nierenerkrankungen oft von lebensrettendem Wert, eine Nierentuberkulose schon im Anfangsstadium zu erkennen. Wir waren im hiesigen Krankenhaus unter kurzem 2 mal in der Lage, Patienten mit Nierentuberkulose zu behandeln. Wir kamen dabei auf folgendes Verfahren, das gerade wegen der Einfachheit uns gewisse Dienste zu leisten schien. Das Verfahren führen wir in der Weise aus, daß in die Tagesmenge Urin oder einen größeren Bruchteil davon in ein entsprechend großes, hohes Spitzglas bringen. Bei der meist schwach sauren Reaktion des Harns wird so viel Ammoniak (weniger gut ist verdünnte Natron- oder Kalilauge) zugegossen, bis die Flüssigkeit das blaue Lackmuspapier schwach rot färbt. Bereits alkalischem Harn wird entsprechend weniger Ammoniak zugegeben. Eiweißfreiem Urin darf man ein dem Harn gleich großes Quantum Alkohol zugeben, um die Sedimentierung zu beschleunigen. Die Flüssigkeit wird nun zirka 30—60 Minuten stehen gelassen, bis sich die durch den Ammoniak niedergeschlagenen Sedimente am Boden des Spitzglases angesammelt haben. Mit den Sedimenten werden auch die Tuberkelbazillen mit nach unten gerissen. Die

klare Flüssigkeit wird nun vom Bodensatz abgegossen. Letzterer wird zentrifugiert und wiederum von der darüber stehenden Flüssigkeit getrennt. Dem Bodensatz gibt man dann so viel Essigsäure zu, bis sich alle Phosphate wieder lösen, und diesen setzt man tropfweise Chloroform zu und schüttelt das ganze ca. 5—10 Minuten durch, bis wir eine weiße, homogenisierte, emulsionähnliche Flüssigkeit vor uns haben. Das ganze wird wiederum zentrifugiert, und das an spezifischem Gewicht schwere Chloroform zieht die Bakterien mit auf den Boden. Die klare Flüssigkeit über dem Chloroform mit dem Bodensatz wird abgegossen und der gesamte Rückstand wird auf einen Objektträger gebracht, auf demselben ausgebreitet, ausgetrocknet und auf Tuberkelbazillen untersucht. Fassen wir obige Ausführungen zusammen, so haben wir folgendes Vorgehen:

1. Zur Tagesmenge Urin oder besser zu einem Teil der Tagesmenge, z. B. zu 100—200 ccm, wird Ammoniak zugesetzt, bis die Lösung schwach alkalisiert ist.

2. Die Lösung wird 30—60 Minuten stehen gelassen, bis sich die Phosphate zu Boden gesetzt haben. Sollte die Sedimentierung zu langsam vor sich gehen, so ist es ratsam, eiweißfreiem Urin ebensoviel Alkohol beizumischen.

3. Die klare Flüssigkeit wird vom Bodensatz abgegossen.

4. Der Bodensatz wird zentrifugiert und die darüber stehende Flüssigkeit abgegossen.

5. Dem Bodensatz wird Essigsäure zugesetzt, bis die Phosphate wieder gelöst sind.

6. Dieser Flüssigkeit werden einige Tropfen Chloroform zugesetzt und die Mischung 5—10 Minuten gut geschüttelt.

7. Zentrifugierung der Flüssigkeit.

8. Ausstreichen des Bodensatzes auf den Objektträger, Austrocknen des Materials hoch über einer Flamme, Fixieren und Färben.

(Schweiz. Korr. Bl. 1914 Nr. 5.)

Ein handliches Eiweißreagens. Von Assistenzarzt Dr. Teuscher in Münster i. W. Verf. empfiehlt die Mitführung der Sulfosalizylsäure im Felde in Tabletten zu 0,5 in einem Glasröhrchen, das in ein Reagensglas eingelassen ist. In dem Tablettenröhrchen wird durch Auflösung einer Tablette in 2,5 ccm Wasser eine 20 % Sulfosalizylsäurelösung hergestellt, die dann dem Urin im Reagensglase tropfenweise zugefügt wird. Man kann auch die Tablette in 2,5 ccm Harn lösen, was die Methode noch vereinfacht. Hat der Sanitätsoffizier oder auch der praktische Arzt in der Sprechstunde mehrere Harne zu untersuchen, so fertigt er sich vorher eine Lösung nach obiger Gebrauchsanweisung. Die Tabletten halten sich bei Luftabschluß mehrere Jahre. Vorteile der Sulfosalizylsäureprobe gegenüber der

Boedeckerschen: 1. Es ist nur ein Reagens nötig. 2. Die Substanz ist leicht rein zu bekommen (Firma Merck). 3. Sie ist leicht wasserlöslich. 4. Trotzdem ist sie wenig hygroskopisch und hält sich bei Luftabschluß jahrelang. 5. Sie ist ein sehr empfindliches Reagens. 6. Es kann in handlicher Form als Pulver oder Tabletten mitgeführt werden. 7. Zur Herstellung der Tabletten ist kein Zusatz indifferenten Mittel nötig, der eine Trübung hervorrufen könnte. 8. Sie ist im warmen wie kalten Wasser klar löslich. 9. Auch durch die Salze des Brunnenwassers entsteht keine Störung. 10. Eine Filtration der wäßrigen Lösung ist nicht nötig. 11. Die Substanz kann auch im Notfalle unmittelbar dem Urin zugesetzt werden. 12. Durch Erwärmen des Harns nach Zusatz des Reagens ist leicht eine Trennung der Albumosen und Albumine möglich. 13. Täuschungen durch Arzneimittel, abgesehen z. B. von den durch die Harzsäuren des Balsamum copaivae verursachten, sind nicht beobachtet. 14. Der Preis ist bei Bezug im großen mäßig.

(D. m. W. 1914 Nr. 9).

Kasuistisches.

Ueber die Infektiosität der fibrinösen Pneumonie. Von S. Dibailow-Pawlowisk. Der Autor führt mehrere Beobachtungen an, in denen die kruppöse Pneumonie vom Kranken auf seine Angehörigen oder in unmittelbare Berührung mit ihm gekommene Personen übertragen wurde. Die Lungenentzündung ist somit eine übertragbare, ansteckungsfähige Krankheit. Hieraus resultiert die Forderung, Pneumoniker zu isolieren und insbesondere sie von Patienten mit frischen Anginen zu scheiden.

(Practiczsky Wratsch 1914 Nr. 1. —
M. m. W. 1914 Nr. 27).

Ueber anämisches Erysipel. Von Dr. Ernst v. Czyhlarz (Aus der III. medizinischen Abteilung des k. k. Kaiser-Franz-Josef-Spitals in Wien). Verf. beschreibt 3 Fälle dieser seltenen Erkrankung, bei der nur ein pralles, weißes Infiltrat zu konstatieren ist, neben Fieber, schmerzhafter Spannung, nachfolgender Schuppung usw.

(B. kl. W. 1914 Nr. 23.)

Bemerkenswerter Fall von extragenitaler Syphilisinfektion. Von Dr. O. Heinemann (Berlin). Verkäuferin in einem Warenhause mit zwei charakteristischen Primäraffekten an Ober- und Unterlippe, seitwärts von der Mittellinie, nach der linken Seite zu, der untere etwas weiter seitwärts. Ließ man die Pat. einen Bleistift in den Mund nehmen, so tat sie das so, daß er von den beiden Primäraffekten ringförmig umschlossen wurde. Es stellte

sich heraus, daß Pat. beim Ausschreiben der Verkaufszettel sich mehrmals Bleistifte von Kolleginnen geborgt hatte, von denen die eine die gleiche Affektion an den Lippen hatte, die andere wegen unsoliden Lebenswandels entlassen wurde.

(B. kl. W. 1914 Nr. 28.)

Ein Symptom der beginnenden Urethritis posterior. Von Dr. Emil Seger (Aussig). Die Tatsache, daß es eine nicht geringe Anzahl von Menschen gibt, die in Gegenwart anderer Personen nicht urinieren können, ist eine so häufige Erscheinung, daß ihr der Dermatologe keine besondere Beachtung zuwendet. Auch Verf. ist an dieser Erscheinung achtlos vorübergegangen, bis er beobachtete, daß ein Patient, der an einer akuten Urethritis erkrankt war und der bisher anstandslos in seiner Gegenwart urinieren konnte, auf einmal der psychischen Hemmung unterlag. Der in seiner Anwesenheit gelassene Urin zeigte: 1. Portion trüb, 2. klar, aber mit jenen Pünktchen, die wir als Drüsenpfropfe kennen und die ja zumeist der Prostata entstammen. Verf. vermutete beginnende Urethr. post. und Prostatitis, was der weitere Verlauf bestätigte. Hierbei kam Verf. zum ersten Mal der Gedanke, ob die so plötzlich aufgetretene Hemmung nicht mit der beginnenden Urethr. post. in Verbindung zu bringen sei. Verf. konnte seither feststellen, daß alle Patienten, die das Phänomen der psychischen Hemmung aufwiesen, entweder bereits an Urethr. post. litten oder diese in kurzer Zeit bekamen. Zur Erklärung der psychischen Hemmung bei beginnender Urethr. post. nimmt Verf. an, daß eine erhöhte Reizbarkeit eintritt, die leichter zu Dauerkontraktionen der Sphinkteren führen kann. War Urethr. post. aufgetreten, so sah Verf. in mehreren Fällen das Phänomen schwinden, während es in anderen Fällen bestehen blieb. Den ersten Einwand, den Verf. gegen die Deutung dieses Phänomens als Symptom und nach dem Vorausgehenden als eines Frühsymptoms erhob, war, daß Urethr. post. und Prostatitis in 60—70 % der Urethr. eintreten und die Beobachtung solange eine Zufälligkeit sein wird, solange man nicht den Nachweis liefern kann, daß die Urethr. post. in jedem Falle der Hemmung eintritt. Daß Urethr. post. ohne dieses Phänomen auftreten kann, ist selbstverständlich. Wir haben es ja mit einem Reflex zu tun, der bei größerer Sensibilität ausgelöst wird, während er bei weniger Sensiblen nicht auftritt. Die Hemmung ist eben nicht eine Ursache der Entwicklung der Urethr. post., sondern nur eine Begleiterscheinung derselben. Andererseits fragt es sich, ob nicht Patienten, die diese Hemmung darbieten, bei Akquirierung einer Gonorrhoe mit größerer Wahrscheinlichkeit an Urethr. post. erkranken. Wenn Verf. nun auch in seiner ca. 1 jährigen Beobachtung tatsäch-

lich auf keinen Fall gestoßen ist, in dem bei Vorhandensein dieser Hemmung und Akquirierung einer Urethritis die Urethr. post. ausblieb, so zweifelt er doch nicht daran, daß solche Patienten nicht immer an Urethr. post. erkranken müssen. Sie sind aber jedenfalls gefährdet. Verf. resumiert, daß er bei beginnender Urethr. post. in mehreren Fällen psychische Hemmung des Harnentleerungsaktes beobachtet hat, wo sie früher nicht bestand, und daß Patienten, die von vornherein dieses Phänomen darboten, im Laufe ihrer gonorrh. Erkrankung regelmäßig an Urethr. post. resp. an Prostatitis erkrankten. (Prag. m. Wschr. 1914 Nr. 20.)

Ueber gonorrhoeische Granulationen. Von Dr. Gustav Stümpke (Aus dem dermatologischen Stadtkrankenhaus II in Linden). Sieben Fälle, alles Frauen mit Gonorrhoe der Urethra und des Zervikalkanals (zweimal dazu Rektalgonorrhoe). Die Granulationen saßen meist am Anus (oder Damm), in der Regel hahnenkammartige, hellrötliche oder blaurötliche Gebilde, welche oft ein oberflächliches, mit mäßigem Sekret bedecktes Geschwür umschlossen (manchmal fehlte letzteres). Kombination mit spitzen Kondylomen kommt vor, ebenso mit Lues, doch ist die Verwechslung dieser Granulationen mit luetischen Effloreszenzen nicht leicht, da die breiten Papeln zwar auch Wucherungen darstellen, indes von ganz anderem, pilzartigen Charakter; auch ist die Oberfläche der gonorrhoeischen Granulationen meistens glatt, im Gegensatz zu der rauhen, etwas zerklüfteten der breiten Kondylome. Subjektiv werden durch die gonorrhoeischen Geschwüre oft Schmerzen bedingt, bei Lokalisation am Rektum speziell Schmerzen beim Stuhlgang. Eigentliche Blutungen hat Verf. nicht gesehen. Der Verlauf ist ein ziemlich hartnäckiger, 2 mal führte die chirurgische Therapie zum Ziel, in den anderen wurden die Geschwüre mit konservativen Maßnahmen behandelt. (M. m. W. 1914 Nr. 28.)

Ueber einen Fall von Pertussis, geheilt durch eine wegen Perityphlitis gemachte Laparotomie. Beitrag zur Kenntnis der Pertussis. Von F. Rusca. Die Anamnese und die Krankengeschichte ergaben, daß die Keuchhustenanfälle durch die Perityphlitisoperation kupiert wurden; der Hustenreiz war nach der Operation noch da, der Anfall kam aber nicht zustande. Pat. hatte das Bedürfnis zu husten, war aber gleichzeitig daran gehindert. Einerseits hatten wir den durch die Keuchhusteninfektion bedingten Hustenreiz, andererseits hatten wir die Schmerzen, die beim Versuch zu husten in der Operationswunde entstanden und das Kind zur Unterdrückung des Anfalles veranlaßten. Interessant ist aber, daß die Pertussisanfälle für immer wegblieben, d. h. sie traten auch



dann nicht mehr auf, als das Husten keine schmerzhaft empfindung mehr verursachen konnte. Das Kind war geheilt. Dieses Ergebnis kann dadurch erklärt werden, daß das Kind während dieser kurzen Zeit von seiner Keuchhusteninfektion heilte. Gegen diese Erklärung spricht aber die zu kurze Zeit, die verflossen ist zwischen Operation und Heilung, denn die Anfälle hörten sofort auf, und die vollständige Heilung, d. h. das Verschwinden des Hustenreizes, erfolgte in 5 Tagen, und wir wissen, daß die Heilungsdauer bei einem floriden Keuchhusten länger zu dauern pflegt. Dieser Einwand besteht auch, wenn man annimmt, daß die Narkose, die strenge Diät und die hemmende Wirkung der Wundschmerzen als ungewöhnliche Heilfaktoren in Betracht gezogen werden konnten, weil sie nicht spezifisch antibakteriell, sondern nur symptomatisch wirken können. Verf. glaubt den Fall in folgender Weise erklären zu können: Das Kind kam 4 Wochen nach dem Auftreten der Pertussis, die Anfälle waren zwar sehr stark und häufig, es fehlten dagegen objektive Befunde seitens der Respirationsorgane, weder Bronchitis noch Laryngitis war nachzuweisen, Keuchhustenbazillen waren auch nicht zu finden. Die katarrhalischen, d. h. die infektiösen Erscheinungen waren sozusagen geheilt, es blieb nur die Neuro- und die psychogene Komponente der Pertussis zurück, die allein genügend war, den Symptomenkomplex des Keuchhustenanfalles hervorzurufen. Unter einer solchen Voraussetzung ist denkbar, daß die Schmerzen, die beim Versuch zu husten in der Wunde entstanden sind, beim Kinde eine genügende Willenskraft erzeugten, um das Entstehen des Anfalles zu unterdrücken, kurz gesagt, der Schmerzreiz war stärker als der Hustenreiz; er heilte das Kind von der neuro- und psychogenen Komponente der Pertussis.

(Schweiz. Korr.-Bl. 1914 Nr. 19.)

Spezifische Mastitis nach Injektion des Friedmannschen Tuberkulosevakzins. Von Dr. C. W. Bischoff und Dr. K. L. Schmitz in Düsseldorf. Bei einer Patientin wird wegen Lungentuberkulose erst eine intramuskuläre, dann eine intravenöse Einspritzung mit dem Friedmannschen Mittel gemacht. Kurze Zeit nach der intravenösen Injektion erleidet Patientin eine Kontusion beider Mammae, und es entwickelt sich nun im Laufe der nächsten Wochen eine doppelseitige Mastitis, aus deren Eiter als einziges Bakterium der Friedmannsche Schildkrötentuberkelbazillus gezüchtet werden kann. Die nunmehr (10. Juni) 4 Monate bestehenden Infiltrate nahmen anfangs an Größe zu, blieben dann nach einer geringen, wesentlich durch eitrige Einschmelzung bedingten Abnahme stationär und zeigen auch jetzt noch keine Heilungstendenz. Es ist dies

wohl das erste Mal, daß nach Anwendung des Friedmannschen Mittels weit entfernt von der Injektionsstelle eine Abszedierung mit einwandfreiem Nachweise des Friedmannschen Bazillus beobachtet wurde.
(M. Kl. 1914 Nr. 27.)

Muskelkrämpfe peripherischen Ursprungs. Von A. Bittorf, Breslau. Bei einem 56jährigen Mann entwickelt sich infolge einer Ueberanstrengung bestimmter Muskeln des Schultergürtels und der oberen Extremität eine Muskelschwäche und Steifigkeit mit sehr schwerem Muskelwogen und myotonischen Erscheinungen. Es handelt sich um eine Beschäftigungsneuritis, die sich auch in leichten Sensibilitätsstörungen äußert. Es liegt eine Kombination von Erkrankung des peripherischen Neurons und der überangestregten Muskulatur vor. Meist sind die unteren Extremitäten von diesem Zustande betroffen. Durch absolute Ruhe ist in der Mehrzahl der Fälle Heilung oder wenigstens Besserung zu erzielen. Eine elektrische Behandlung ist nicht am Platze. Warme Bäder, Natrium salicylicum u. a. können zur Bekämpfung der Neuritis herangezogen werden. Häufig ist auch nach der Besserung ein Berufswechsel nötig.

(D. Zschr. f. Nervhik. 51 Heft 1/2. — D. m. W. 1914 Nr. 26.)

Seltener Fall von Früheklampsie. Von Dr. K. Bollag (Frauenspital Basel-Stadt). 31jährige Frau, bisher gesund. Zwei normale Geburten, kein Abort. Letzte Menses am 5. Juli. Am 2. Oktober Abort, eklamptische Erscheinungen, Blutaustritte unter die Haut, Hämoglobinurie und Albuminurie. Zuerst Zweifel, ob nicht diese Erscheinungen durch Intoxikation (etwa in der Absicht, Abort zu provozieren) entstanden (Nitrobenzol und andere Blutgifte könnten das gleiche Symptomenbild machen) sei. Aber krimineller Abort auszuschließen. Aderlaß von 300 ccm wirkte sehr günstig ein.
(Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 2.)

Un singulier cas de coqueluche. Von E. Gilson. Ein 5 jähriges Kind bekommt plötzlich Niesanfälle, die sich mehrmals im Tage wiederholen. Man setzt die Erscheinung zunächst auf Rechnung einer Erkältung. Nach 3 Tagen indes, da die Anfälle immer häufiger sich wiederholen, wendet man sich an Verf. Er findet das Gesicht gedunsen, die Augen geschwollen und tränend. Klagen über leichten Kopfschmerz, kein Fieber, der Appetit erhalten; keinen Husten, ein paar feine Geräusche in den Bronchien, besonders rechts. Das Aussehen des Kindes erweckt sogleich den Verdacht auf Keuchhusten. Die Nieskrämpfe halten weiter an, wiederholen sich 5-, 6-, 7 mal am Tag, seltener des Nachts.

Am 8. Tage, ganz plötzlich nach einem solchen Anfall, bekommt das Kind eine Keuchhustenattacke. Und seitdem und so während 5 Wochen wurde das Kind vor und nach jedem Keuchhustenanfall von einem Nieskrampfanfall befallen. Antisepsis in Nase und Rachen brachte keine Erleichterung. Das zur Zeit der Mitteilung nahezu geheilte Kind zeigte noch dann und wann während des Tages einen pertussisartigen Husten, dem eine Reihe von Niesanfällen vorausgingen und folgten.

(La Revue belge de puériculture 1913 Nr. 3. —
Zbl. f. Kindhlkd. 1914 Nr. 2.)

Ostitis fibrosa nach Typhus abdominalis. Von Dr. A. Welz (Aus der Medizinischen Universitätsklinik in Breslau). Die Typhusbazillen, auf deren ätiologische Bedeutung für infektiöse Knochenkrankungen zuerst von französischen Autoren hingewiesen worden ist, sind seit dem Jahre 1880 auch in einer Reihe deutscher Publikationen als Erreger osteomyelitischer, ostitischer und periostitischer Prozesse erkannt worden. Dabei hat sich gezeigt, daß die typhöse Erkrankung der Knochen, die meist bei jugendlichen Individuen im Beginne der Rekonvaleszenz des Abdominaltyphus einsetzt, unter verschiedenen Erscheinungsformen auftreten kann, bald als hartnäckige medulläre oder periostale Eiterung und Sequestrierung mit dem bakteriologischen Befunde von Eiterkokken oder Typhusbazillen in Reinkultur oder auch beiden zusammen, bald als mehr oder weniger schmerzhaft, harte Auftreibung der Knochensubstanz, die allmählich in Resorption und gelegentlich vollständige Restitutio, in bröckelige Verkäsung oder in einen Zustand stationärer Verdickung und Exostosenbildung ausgeht. Einen Fall dieser letzteren Art hatte Verfasser kürzlich zu sehen Gelegenheit, der, da er bezüglich seiner Aetiologie gesichert ist und nach Art und Lokalisation der Knochenkrankung zu den seltensten derartigen Komplikationen eines Typhus gehört, ein besonderes Interesse verdient. Der jetzt 56jährige Patient machte mit 18 Jahren einen Typhus durch und bekam, als das Fieber bereits vollkommen abgeklungen war, eine Verdickung der linken Gesichtshälfte ohne jede Schmerzhaftigkeit, aber ständig fortschreitend und dann stationär bleibend. Auch jetzt zeigt sich, daß diese Gesichtshälfte beträchtlich verdickt ist und daß es sich um eine knöcherne Verdickung handelt.

(D. m. W. 1914 Nr. 6.)

Zur Kasuistik des dentalen bzw. „neurogenen“ Ekzems. Von Dr. J. Christ. 52jähriger, sonst gesunder Mann bekommt Schmerzen an den unteren linken Zähnen, dann „Bläschen“ an Zunge und Zahnfleisch derselben Seite. Darauf Entwicklung einer

entzündlichen Schwellung der linken Gesichtshaut und eines akuten Ekzems daselbst. Offenbar Periodontitis des dritten Molars links unten. Nach Extraktion des Zahns Verschwinden des Schmerzes und der akuten Dermatitis. Es handelte sich um ein reflektorisch durch Reizung des Peridentiums entstandenes Ekzem, das absolut mit dem Innervationsgebiet des dritten Trigeminusastes zusammenfiel. Die Alterationen der Mundschleimhaut zeigten rein katarhalischen Charakter, eine Analogie zu der Ekzembildung an der äußeren Haut.
(Derm. Zbl. 1914 Nr. 4.)

Toxikologisches.

Beitrag zur Kenntnis der Sehstörungen nach Atoxyl. Von Dr. Richard Steinebach (Aus der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Dortmund).

1. Toxische Wirkungen des Atoxyls, insbesondere schwere und dauernde Sehstörungen, sind selbst bei vorsichtiger therapeutischer Anwendung nicht ausgeschlossen.

2. Derartige Wirkungen sind besonders dann zu erwarten, wenn mit einer latenten oder objektiv nachweisbaren Schädigung des Nierensystems gerechnet werden muß.

3. Als solche Schädigungen kommen in Betracht: Kachexie (Karzinom, hohes Alter), Autointoxikationen, chronische Infektionen des Nervensystems (Lues cerebri, Tabes) und Intoxikationen, vor allem auch die chronische Alkoholvergiftung.

4. Die unter 3 aufgeführten Zustände müssen demnach als absolute Kontraindikation bei der Verwendung des Atoxyls gelten.
(B. kl. W. 1914 Nr. 24.)

Vergiftung mit Schweinfurtergrün. Von Frey. Der 40-jährige Mann nahm etwa 30 g der Substanz zu sich. Es folgten heftige gastrointestinale Reizerscheinungen (Brechen, Durchfälle); ein großer Teil des Giftes wurde dabei entleert, und weitere Mengen schaffte die sechs Stunden nach Einnahme vorgenommene Magenspülung heraus. Entlassung aus der Klinik nach acht Tagen in völlig arbeitsfähigem Zustand. Nach etwa einer Woche erneute Erkrankung unter Schmerzen und Kribbelgefühl in Händen und Füßen. Heute die ausgesprochenen Erscheinungen einer Polyneuritis mit besonders starker Beteiligung der Motilität. (Atrophien.) Blut in keiner Weise beeinflusst.

(Ver. f. wissenschaftl. Heilk. Königsberg, 9. Febr. 1914.)

Hämaturien nach großen Urotropingaben. Von D. L. Simon. Bei 6 Patienten mit Meningitis verschiedener Aetiologie, die mit großen Urotropingaben behandelt wurden (6 g pro die), beobachtete

Simon Hämaturie, die am 3. bis 7. Tage der Medikation auftrat und nach Aussetzen des Mittels aufhörte. Zystoskopisch fand sich die Blasenschleimhaut samtartig aufgelockert, die Gefäßzeichnung verwaschen, durchsetzt von kleinen Blutpunkten und von herdförmigen Blutaustritten. Der Urin roch sehr stark nach Formalin. In Fällen, die zur Sektion kamen, konnte autoptisch starke Hyperämie des Nierenbeckens und hämorrhagische Zystitis festgestellt werden. Bei Kaninchen konnte die Hämaturie nur durch sehr große Urotropindosen (8,0 g pro die) erzeugt werden.

(Zschr. f. Urol. 8, 1914. — Ther. Mh. 1914 Nr. 7.)

Beitrag zur Kenntnis der Santoninvergiftung. Von Döllner (Marburg). Aus den eigenen Versuchen des Verf. und einem beschriebenen Vergiftungsfalle ergeben sich folgende praktische Nutz- anwendungen:

1. Das Santonin ist viel giftiger, als allgemein angenommen wird; einmal vom Körper aufgenommen, scheidet es sich nur sehr langsam aus. Die wurmwidrige und toxische Wirkung hängen unmittelbar zusammen.

2. Man soll es daher nie anwenden ohne strikte Indikation, d. h. ehe man sich nicht durch den Augenschein von der Anwesenheit der Parasiten überzeugt hat.

3. Das Santonin soll nach getaner Arbeit aus dem Körper entfernt werden, bevor es von diesem aufgenommen worden ist.

4. Wegen seiner Löslichkeit in Oelen und der hierdurch erzeugten besseren Resorptionsmöglichkeit ist nicht Rizinusöl, sondern Kalomel hierfür zu verwenden.

5. Die beschränkte Freigabe des Santonins in Deutschland muß fallen, so daß das Mittel nur auf Grund ärztlicher Verordnung erhältlich ist.

6. Bei kleineren Kindern und bei blutarmen Personen ist vor der Darreichung des Santonins zu versuchen, ob die Vertreibung der Würmer nicht durch Ferroxyd. saccharat. oder Ferr. carbonic. saccharat., kombiniert mit mehrmals wiederholten kühlen Salzwasserklistieren, gelingt.

(Fortschr. d. M. 1914 Nr. 17.)

Fall von Luminalvergiftung. Von Dr. J. Ungár (Budapest). 23jähriges Mädchen nahm 2,4 g auf einmal. Vollständige Bewußtlosigkeit, ganz oberflächliche Atmung, Puls nicht fühlbar. Später wurden konstatiert: Erbrechen, Schwindel, Fehlen der Reflexe, Hautanästhesie, Obstipation, Blasenlähmung, Unfähigkeit zu sprechen und Amaurose. Letztere stellte sich am 3. Tage ein und blieb 3 Tage bestehen.

(W. kl. W. 1914 Nr. 24.)

Toxische Nebenerscheinungen des Embarin. Von Dr. Georg Merzbach in Berlin. In 4 Fällen sah Verf. teils leichtere (Mattigkeit, urtikariaartiges Exanthem), teils schwerere, an Influenza erinnernde Nebenerscheinungen (Fieber, Gliederschmerzen, Mattigkeit).

(M. m. W. 1914 Nr. 22.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Der typische chirurgische Verband als aseptischer Schnellverband. Von Dr. Felix Kraemer in Frankfurt a. M. Verfasser empfiehlt seinen typischen chirurgischen Schnellverband, der sich zusammensetzt:

1. aus der Mullinnenschicht,
2. dem Wattelager, das die Ränder der Mullinnenschicht allseitig um ca. $1\frac{1}{2}$ —2 cm überragt, und
3. der angenähten Binde.

Zur Verpackung in den Verbandpäckchen und zur Sterilisation wird der Verband in seiner Hälfte so zusammengelegt, daß die die Mullinnenschicht überragenden Watteränder dicht aufeinander zu liegen kommen. Dadurch wird ein Watteabschluß der Innenschicht erzielt, der die einmal sterilisierte Innenfläche vor Infektion schützt. Zum Gebrauch wird der Verband an der Binde und an der anderen Hälfte der Außenfläche (die Stellen sind am Verband mit „Hier“ bezeichnet) erfaßt, auseinandergeklappt und sofort auf der Wunde befestigt. Dabei wird die Innenfläche des Verbandes überhaupt nicht berührt. Einer besonderen Desinfektion der Hände bedarf es also nicht. Fabrikant der sterilen Verbandpäckchen: F. & C. Achenbach, erste Frankfurter Verbandstoffabrik. Bezugsquelle: jedes einschlägige Geschäft. (M. m. W. 1914 Nr. 7.)

Die Desinfektion der Hände mit Jodalkohol ohne vorhergehende Seifenbenützung in der Friedens- wie Kriegschirurgie. Von Billet. Nach B.s Versuchen ist alkoholische Jodlösung (1:2000) ein Antiseptikum ersten Ranges. Das Reinigen der Hände und Vorderarme mit dieser Lösung ermöglicht, innerhalb weniger Minuten völlige Asepsis zu erzielen, und diese Methode hat den weiteren Vorteil, daß sie beliebig oft wiederholt werden kann, ohne daß die Haut geschädigt wird. Dieselbe ist daher nicht nur in der gewöhnlichen, sondern vor allem in der Kriegschirurgie von außerordentlicher Bedeutung, zumal das vorhergehende Abseifen der Hände usw. nicht nur unnötig, sondern sogar zuweilen gefährlich ist.

(Gaz. d. hopit. 1913 Nr. 146. — M. m. W. 1914 Nr. 22.)

Nachschmerz nach Lokalanästhesie verhüten kann man nach Dr. O. Klauber (Prag), wenn man nach der Operation auf die Wundfläche Zyκλοform streut. Operiert man z. B. einen eingewachsenen Nagel unter Oberst-Braunscher Leitungsanästhesie, so ist die Operation völlig schmerzlos auszuführen; der Patient fühlt sich nach dem Eingriff stets so beschwerdefrei, daß er selbst weite Wege nach Hause zu Fuß zurücklegen will, die Anästhesie hält auch 2—4 Stunden an. Dann beginnen aber allmählich die fürchterlichsten Schmerzen, welche dem Patienten (und Arzt) die Nachtruhe stören, ohne daß letzterer außer mit Morphinum irgendwie helfen könnte. Seit 1910 streut Verf. in den wunden Nagel- und Hautdefekt eine messerrückenhohe Schicht des Zyκλοformpulvers und hat die Freude, vom Patienten am folgenden Tage zu hören, daß er bisher überhaupt nicht die geringste Schmerzempfindung hatte. Er wendet das Zyκλοform seither nach allen Operationen, bei welchen freiliegende Wundflächen einen wesentlichen Nachschmerz erwarten lassen, mit dem gleichen Erfolge an. Namentlich bei den überaus schmerzhaften Analoperationen (Hämorrhoiden, Fissuren usw.), wo der Wundschmerz Tenesmus hervorruft, dieser wieder die Schmerzen steigert, ist das Mittel für die Operierten eine Wohltat. Das Pulver ist ungiftig, weil es fast unlöslich ist (ein Teil löst sich erst in etwa 4500 Teilen Wasser); aber auch gelöst erzeugen selbst große Mengen keine Vergiftungserscheinungen; es kumuliert sich nicht mit dem Novokain (es ist p-Amidobenzoessäureisobutylester). Die Wunden werden durch das Zyκλοform nicht geschädigt. (Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 10.)

Schlechte Erfahrungen bei chirurgischer Tuberkulose mit dem Friedmannschen Mittel. Von Dr. E. Kahn und Dr. O. Seemann (Aus der chirurg. Abteil. des Johannishospitals und der chirurg. Universitätsklinik in Bonn). Die Verf. sowie Dr. R. Drachter (Aus der chirurg. Universitätsklinik München) zeigen, daß dem Mittel eine therapeutische Bedeutung nicht zukommt, ja daß hier und da nur schädliche Folgen von seiner Anwendung resultieren. (D. m. W. 1914 Nr. 28.)

b) Innere Krankheiten.

Zur Behandlung der Obstipation mittels Istizin. Von Dr. K. Klare (Aus dem Genesungsheim Hohenwiese). Wenn Verf. die Resultate seiner Versuchsreihe von 80 Fällen kurz zusammenfaßt, so könnte er folgende Tatsachen feststellen:

1. Istizin ist ein sehr brauchbares, angenehm zu nehmendes, schadloses Mittel gegen Obstipation. Besonders dem Anstaltsarzte bietet es für die Fälle von Liegekuren und für Kranke, die aus

anderen Ursachen einer längeren Bettruhe bedürfen, gegen die konsekutive Obstipation ein vorzügliches Adjuvans.

2. Auch in der Therapie der chronischen Obstipation leistet Istizin vortreffliche Dienste.

3. Istizin steht demnach den bisher üblichen Abführmitteln zum wenigsten ebenbürtig zur Seite; es unterscheidet sich aber von vielen durch die bequeme Darreichungsweise — es ist völlig geschmacklos, was man z. B. von den gebräuchlichen Mitteln starker Bitterstoffe nicht sagen kann — und wird deshalb gern genommen.

4. Der Hauptvorteil des Istizins vor den meisten anderen Mitteln liegt in der milden, beschwerdefreien Wirkung.

(D. m. W. 1914 Nr. 9.)

Das neue Abführmittel Istizin. Von Dr. W. Hübler (München). Verf. hat seit zirka einem halben Jahre über 100 Fälle mit Istizin behandelt. Das Mittel ist indiziert bei allen Darmstörungen, deren hervorstechendes Symptom die Obstipation ist; sei es bei Gesunden vorübergehende Verstopfung oder solche bei Bettlägerigen, sei es bei Atonie oder Spasmus des Dickdarms. Bei den ersterwähnten wirkt schon eine kleine Dosis von 1 bis $1\frac{1}{2}$ Tabletten zu 0,3 g prompt nach 10 bis 16 Stunden ohne die geringsten Beschwerden, kein Kollern nächtlicherweile, kein Bauchgrimmen, keine stürmisch diarrhoischen Entleerungen; der Stuhlgang erfolgt in der oben angegebenen Zeit nach kurzem wie normalem Drang geformt oder dickbreiig einmal, ab und zu nach einiger Zeit etwas weniger konsistent ein zweites Mal. Ein später noch lästiges Drängen oder reichliche Gasbildung, wie bei andern Mitteln, fehlt vollkommen. Bei gelegentlicher Obstipation scheint Istizin noch mehrere Tage nachzuwirken, da Verf. beobachtet hat, daß meist eine einzige Dosis notwendig ist, um den Stuhlgang für lange Zeit zu regeln. Ebenso braucht man bei Bettlägerigen erst in einigen Tagen wieder für Entleerung zu sorgen und hat man mit der gleich niedrigen Dosis immer wieder Erfolg. Bei solchen einfachen Fällen wirken andere Mittel ja auch ganz gut. Der Vorzug des Istizins macht sich erst eklatant bei den schwieriger zu behandelnden Obstipationen infolge Atonie bemerkbar. Man beobachtet nach Istizin bei Darmatonie kopiöse Entleerungen im Gegensatz zu andern Mitteln, bei denen entweder gar kein Erfolg zu verzeichnen ist oder, wenn ja, dann eine Menge Wasser und Schleim, aber keine nennenswerten Faeces zum Vorschein kommen. Die habituellen, chronischen Obstipationen behandelt man mit Laxantien nicht allein, sondern man arbeitet ja doch auch mit Einläufen von Wasser, Oel usw. Auch hier bewährt sich das Istizin wieder sehr gut dadurch, daß es die durch die Klysmen aufgeweichten älteren Faeces zutage befördert

und, ohne den oberen Verdauungstraktus zu belästigen, erst im Dickdarme seine Wirkung entfaltet und so nur den in erster Linie erkrankten Teil beeinflußt. Man gibt das Istizin am besten abends ca. 1 $\frac{1}{2}$ Stunden nach der Abendmahlzeit und läßt die Pastille in etwas Wasser zerfallen oder kaut sie, was leicht zu machen ist, da die Tabletten in Wasser sehr rasch zerfallen und so oder gekaut vollständig geschmacklos sind. Natürlich kann man auch zu anderen Zeiten einnehmen lassen, doch ist die Wirkung zu der angegebenen Zeit am eklatantesten. Verf. gibt als Probedose zwei Pastillen à 0,3. Die Dosis wirkt nach ca. 10 Stunden, oft auch erst nach 24 und mehr. Nach dieser bemißt man die zukünftige Dosis, die meist nicht gesteigert zu werden braucht.

(Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 6.)

Senega in Form von Rad. Polygalae Gölaz-Dialysat (Fabrik „Zyma“ in St. Ludwig i. Els.) hat Dr. Ulrich (Herrnhut) mit bestem Erfolge in schweren Fällen mangelnder Expektoration bei schwachem Magen angewandt (z. B. bei alten Leuten). 1—2malige Ordination von 10 Tropfen führte hier zur gewünschten Wirkung. (M. Kl. 1914 Nr. 9.)

Einiges über Ipecacuanha und ihre zweckmäßigste Anwendungsform. Von Prof. Dr. Külbs (Aus der I. medizinischen Klinik der Universität Berlin). Zusammenfassung: Eine systematische Durchprüfung des von der Firma Byk hergestellten Riopans, welches in Tablettenform und in Pulver (als Lösung zu gebrauchen) in den Handel kommt, ergab, daß es sich um ein brauchbares Expektorans handelt. Der Vergleich mit den bekannten Expektorantien, speziell mit Ipecacuanha-Infus, Mixtura solvens und Senega-Infus, und mit den salinischen Wässern überzeugten davon, daß Riopan in jeder Weise imstande ist, die bisher bekannten Expektorantien zu ersetzen. (M. Kl. 1914 Nr. 1.)

Thymobronchin, ein neues Expektorans. Von Dr. Vorschulze, Leipzig. Unter den Arzneistoffen, welche die Erweichung, Verflüssigung und Abstoßung der Auswurfsmassen besorgen, sind neben den Ammoniakpräparaten, den alkalischen Salzen und Schwefelmitteln hauptsächlich Arzneisubstanzen vegetabilischer Natur zu erwähnen, wie Rad. Seneg., Rad. Alt., Flor. Rhoeados und andere. Dagegen gehören in die Kategorie jener Mittel, welche auf die sensiblen Fasern der Schleimhaut der oberen Luftwege sedativ wirken und den Hustenreiz beschränken, hauptsächlich Opium und seine Derivate, Morphinum, Pantopon, Kodein und Brom. In dem Mittel des Apothekers Dohnal zu Leipzig ist ein weiteres

Moment bei der Bekämpfung entzündlicher Vorgänge in den Luftwegen hinzugefügt worden. Sem. Ajowan, aus dem der Phenolkörper Thymol gewonnen wird, soll hier in dem Sinne einer Entwicklungshemmung entzündungerregender Bakterien wirksam sein.

Das Medikament Thymobronchin hat nach der Angabe des Verfertigers die folgende Zusammensetzung:

Inf.*) Spec. expectorant, Ajowan (30%)	50,40 %
Extr. Spec. expectorant, Ajowan spirit.	4,00 %
Kal. bromat.	0,60 %
Sacchari	45,00 %

Wenn auch zugegeben werden muß, daß die Struktur des Präparates kompliziert ist, und daß eine Erklärung des physiologischen Einflusses seiner Einzelkomponenten auf Schwierigkeiten stößt, so kann der Empiriker doch nicht an den Tatsachen vorübergehen, die für die Wirkungen des Medikamentes sprechen. Seine vielfache Anwendungsmöglichkeit bei Pneumonie, Pertussis, Bronchitis, Bronchoblennorrhoe, Phthisis, Asthma bronchiale und anderen Affektionen der Respirationsorgane wird durch Verfassers Erfahrungen sichergestellt. Es hat den Vorteil, unschädlich zu sein, die Schleimhaut des Magendarmtraktes nicht zu reizen und die Nieren unbehelligt zu lassen. Seine Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse müssen günstige sein, wenn es gestattet ist, die Ursache nach der prompten und intensiven Wirkung zu beurteilen. Sein klares, appetitliches Aussehen, seine Haltbarkeit, sein Wohlgeschmack und Bekömmlichkeit sind Momente, die hervorgehoben zu werden verdienen. Das Präparat dürfte, wenn man noch einen praktischen Gesichtspunkt hinzufügen will, nämlich seinen außerordentlich billigen Preis von 2,25 M. für die Originalflasche (Inhalt ca. 330,0) und 1,00 M. für die Flasche in Kassenpackung (Inhalt ca. 160,0), geeignet sein, das Interesse der Therapeuten in Anspruch zu nehmen. (M. Kl. 1914 Nr. 2.)

Pneumonie und Kampfer. Von Dr. Peus (Warstein). Verwendet seit 1909 Kampferinjektionen bei allen Pneumonien Erwachsener an: morgens und abends 12 g; anfangs das Oleum camph. fortius, in der letzten Zeit:

Camph. trit.	20,0
Ol. Olivar.	
Aether āā	ad 100,0

*) Spec. expect. comp. Ajowan:

Sem. Ajowan	5,0
Rad. Seneg. Fol. Castan. vesc.	
Flor. Rhoeados. Herb. Orig. Cret. āā	4,0
Herb. Thymi-Serpyll. Fr. Phell. . āā	3,0/100

Seit dieser Zeit hat er nur einen Fall verloren: ein ca. 40-jähriges, ganz verwachsenes, sehr anämisches Mädchen; alle anderen Fälle sind genesen, darunter einige Patienten von über 70 Jahren und mehrere Potator. chron. Der Verlauf der Pneumonie war immer ein sehr milder. Selbstverständlich wurden nebenher Wasseranwendungen, Digalen, innerlich oder — besonders im Krankenhaus — intramuskulär, Senegainfuse, Lq. Ammon. anis. usw. verordnet.
(M. m. W. 1914 Nr. 2.)

Zur Behandlung der Lungentuberkulose im Kindesalter.
Von Prof. Dr. H. Vogt (Kinderabteil. des Krkhs. Magdeburg-Altstadt). Ein wichtiger Faktor ist die Ernährung. Die Bevorzugung der Milch ist nicht richtig. Bei kleinen Kindern am besten Frauenmilch, bei älteren aber gemischte Kost: Milch nur in mäßigen Mengen, regelmäßig Gemüse, zweimal täglich Fleisch, dazu Lebertran. — Sehr günstig: P n e u m o t h o r a x b e h a n d l u n g; bei älteren Kindern das wirksamste Mittel bei schweren Fällen, zuweilen jahrelang das Leben verlängernd. Noch ganz unsicher: T u b e r k u l i n k u r. Man erzielte bisher damit keine nennenswerten Erfolge.
(Ther. d. Gegenw., Juni 1914.)

Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel.
Von Chefarzt Dr. Schultes (Aus der Volkshelstätte vom Roten Kreuz Grabowsee). Einen Erfolg hat Verf. von dem Friedmannschen Mittel bei den 46 Fällen kein einziges Mal gesehen, und die Erhebungen, die jetzt, nach 5 Monaten, bei den 40 früheren Kranken der Heilstätte eingezogen sind, bestätigen nur das absolut ungünstige Urteil, das Verf. über das Friedmannsche Mittel bei der Behandlung der Lungentuberkulose gewonnen hat.
(D. m. W. 1914 Nr. 27.)

Zur Virulenz des Friedmannschen Tuberkulosemittels.
Von Dr. K. Kaufmann in Schömberg. Am 9. Februar 1914 impfte Verf. ein Meerschweinchen mit 0,2 ccm des Inhaltes einer frischen Ampulle I des Friedmannschen Mittels. Das Tier verendete nach 20 Tagen an einer mäßig ausgedehnten, aber makroskopisch und mikroskopisch sicheren Tuberkulose, ohne daß bei der genauen Sektion eine andere Todesursache nachzuweisen war. Mit Organbrei von der Milz wurde ein zweites Meerschweinchen infiziert. Bei der Sektion nach 36 Tagen zeigte dieses Tier eine schwere Tuberkulose des Bauchfells, der Leber, Milz, Lunge und der Drüsen. Drei Meerschweinchen, die wieder mit Organmaterial des zweiten Tieres infiziert worden waren, erlagen ebenfalls schweren tuberkulösen Veränderungen. — Damit ist einwandfrei erwiesen, daß

das Friedmannsche Virus von Tier auf Tier (Warmblüter) übertragbar sein kann. Und die unter Umständen ganz ausgesprochene Pathogenität des Friedmannschen Tuberkulosemittels ist nicht mehr zu bezweifeln. Seine Anwendung beim Menschen muß unbedingt unterbleiben. (D. m. W. 1914 Nr. 28.)

Zur Behandlung der Dysphagie bei Tuberculosis laryngis. Von Dr. Bruno Goldschmidt (Berlin). Von der Voraussetzung ausgehend, daß Atophan nicht nur ein spezifisches Gichtmittel, sondern auch ein allgemeines Analgetikum sei, gab Verf. das Mittel in 4 Fällen von Dysphagie Tuberkulöser. In allen Fällen handelte es sich um mehr oder weniger hochgradige Oedeme der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten. Alle Patienten gaben wesentliches Nachlassen ihrer Beschwerden an, und objektiv konnte ein zweifelloser Rückgang der Oedeme festgestellt werden. (Die Infiltrate blieben natürlich unbeeinflusst.) Neben der Atophanverabreichung verordnete Verf. nur noch heiße Kompressen. Die sonst kaum zu umgehende lästige örtliche Applikation von Kokain, Alypin und Anästhesin konnte eingeschränkt bzw. vermieden werden. (Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 5.)

Erfahrungen mit Digifolin. Von Dr. Erich Grabs (Aus der I. inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses am Urban zu Berlin). Zusammenfassung. 1. Digifolin wird in Tabletten und Ampullen von 0,1 Fol. digit. titr. in den Handel gebracht.

2. Mit Digifolin per os, subkutan, intramuskulär und intravenös haben wir in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine gute Digitaliswirkung erzielt.

3. In allen Fällen, welche für die Digitalisbehandlung am geeignetsten sind — Mitralfehler, Myodegenerationen, akute Dilatationen —, war die Wirkung des Digifolins eine kräftige Digitaliswirkung. Sie war nie geringer als die anderer Cardiotonica.

4. Wir gaben Digifolin in Dosen von zwei- bis viermal 0,1 täglich stomachal oder per injectionem. In Fällen, in denen Eile nottat oder starke Oedeme, Atemnot vorhanden waren, oder welche mit einer Nephritis kompliziert waren, haben wir mit Digifolin und dreimal 1,0 Diuretin oder mit Pausen je 3 Tage lang je zwei Euphyllinzäpfchen = 0,36 gute Erfolge zu verzeichnen.

5. Die Kontrolle der Wirkungen einzelner Injektionen hat gezeigt, daß man in Fällen von Gefahr mit Injektionen von ein bis zwei Ampullen subkutan oder intramuskulär meistens dasselbe erreicht wie mit intravenösen Injektionen.

6. Nebenwirkungen haben wir nie gesehen, auch nach großen stomachalen Dosen kein Erbrechen. Nur nach subkutanen und

intramuskulären Injektionen klagt ein Drittel der Kranken über ungefähr eine Stunde dauernde Schmerzen. Die intravenöse Injektion ist im Gegensatz zu den Gefahren der Strophanthininjektion noch bei drei Ampullen ungefährlich.

7. Wir schätzen am Digifolin seine völlige Reinheit, Haltbarkeit, genaue Dosierbarkeit, Freiheit von Nebenwirkungen und seine Zuverlässigkeit.
(B. kl. W. 1914 Nr. 5.)

Die Kürbisbehandlung der Oedeme. Von Privatdozent Dr. A. Kakowski (Aus der propädeutisch-medizinischen Klinik der Kiewer Universität). Die Kranken bekamen Kürbis in Form eines folgendermaßen zubereiteten Breies. Roter Kürbis wurde in kleine Stücke geschnitten und in einer Kasserolle mit so viel Wasser, daß gerade nur der Boden bedeckt war, zerrührt. Dann kochte er etwa 2 Stunden auf schwachem Feuer — wobei er zur Vermeidung des Anbrennens sehr oft umgerührt wurde — zu einem dicklichen Brei, den die Kranken vor dem Gebrauch mit Tischbutter und Milchbrei oder Milchsuppe — am häufigsten mit Reisuppe — vermischten. Der nur mit Wasser zubereitete Brei ist unvergleichlich weniger schmackhaft. Das nahrhafteste und angenehmste Gericht erhält man, wenn dem Kürbisse statt des Wassers Sahne (oder auch Milch) zugesetzt und er damit gekocht wird. Besser schmeckt der Brei aus Herren-, namentlich Mandelkürbis, bedeutend schlechter aus Schweinskürbis; letzterer mußte zuweilen den Kranken verabreicht werden, weil Herrenkürbis nicht immer zu verschaffen war; in solchen Fällen wurde dem Brei Zucker und Butter zugesetzt. Puree aus Schweinskürbis muß außerdem zur Entfernung der Zellulosefasern durch ein Sieb gestrichen werden. Jeder Kranke mußte im Laufe des Tages unbedingt die ganze ihm verordnete Kürbismenge in drei — oder auf Wunsch mehr — Portionen aufessen. — Verf. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlußfolgerungen: 1. Der Genuß gekochten Kürbisfleisches wirkt harntreibend selbst in schweren chronischen Nephritisfällen (der verschiedensten Formen), in denen vorherige Anwendung aller anerkannten Diuretika erfolglos geblieben war. 2. Große Oedeme, die lange Zeit bestanden hatten, verschwinden rasch. 3. Es steigt nicht nur die Menge des Harnwassers, sondern auch der festen Bestandteile (die absolute Menge). 4. In den ersten Tagen werden die aufgespeicherten Zylinder ausgeschieden, worauf bedeutend weniger neue gebildet werden, was durch eine Zählung nach meiner Methode leicht nachzuweisen ist; gegen Ende der Behandlung werden weniger degenerierte Nierenepithelzellen ausgeschieden. 5. Die Wirkung des Kürbisses wird nur in der Periode seines Gebrauches beobachtet, wobei sie ebenso

rasch, wie sie sich einstellt, auch wieder verschwindet. 6. Diurese tritt nur nach großen Mengen frischen Kürbisses (3—6 Pfd. pro Tag) und meistens direkt proportionell der Dosis ein. 7. Herrenkürbis wirkt weit besser als Schweinskürbis; durch sehr langes Liegen (über 3—4 Monate), Trocknen, Frieren und überhaupt jede Beeinträchtigung der Güte büßt der Kürbis die harttreibenden Eigenschaften ein. 8. Die Harnreaktion wird unter dem Einflusse des Kürbisses sehr schnell alkalisch. 9. Die Harnsekretion wird infolge rascher Resorption und Ausscheidung des Kürbissaftes beschleunigt. 10. Die diuretische Wirkung des Kürbisses wird auch bei Wiederholung der Behandlung beobachtet: Eine Ermüdung der Nieren pflegt selbst bei lange anhaltender Kürbisdiurese nicht einzutreten. 11. Das Kürbisfleisch reizt die Nieren absolut nicht. 12. Der Kürbis fügt dem Organismus überhaupt keinerlei Schaden zu; er kann sehr lange ohne jede Einbuße für den Magendarmtraktus verabreicht werden, z. B. 252 Pfd. in ca. 80 Tagen; gewöhnlich ruft der Kürbis nur schmerzlose, reichliche, flüssige Stühle hervor. 13. Die Zusammensetzung des Kürbisses ist eine vielseitig-nährhafte; er enthält fast gar kein Chlor, und zu seiner Zubereitung ist kein Kochsalz erforderlich; die Ernährung der Nephritiker sinkt nicht nur nicht, wenn sie lange vorwiegend mit Kürbis genährt werden, sondern steigt zuweilen sogar; der größeren Nährhaftigkeit wegen ist es ratsam, dem Kürbisbrei Butter zuzusetzen. 14. Natürlich kann der schwerkranke Nephritiker durch Kürbis nicht geheilt werden, allein sein Zustand kann dank der Vermehrung der Harnmenge und der Verminderung der Oedeme erheblich gebessert werden.

(Zschr. f. phys.-diät. Ther. 1914 Nr. 7.)

Fulmargin als Spezifikum gegen Endokarditis. Von Dr. Engelen, Chefarzt der Abteilung für innere Krankheiten (Aus dem Marienhospital zu Düsseldorf). Das von der Firma Hugo Rosenberg-Berlin hergestellte Präparat hat Verf. in der Regel subkutan injiziert. In der Versuchsreihe von 16 Fällen hat Fulmargin nie versagt, stets ist der Status quo ante erzielt worden. In 14 dieser Fälle trat die Endokarditis erstmalig auf. Nach meist zwei Injektionen schwanden Fieber, Geräusche, Druckgefühl, und es erfolgte Abheilung des Prozesses ohne Bildung eines Klappenfehlers. Bei zwei Patienten bestand schon von früher her ein Vitium cordis. Bei einem erneuten Anfall von Gelenkrheumatismus machten sich frische Entzündungserscheinungen am Endokard bemerkbar. Diese beiden Fälle boten ein so schweres Krankheitsbild, daß Verf. die Prognose für infaust hielt. Auch diese erreichten den Status quo ante. Erwähnt sei, daß bei einem dieser beiden Fälle Elektraurol ohne Einfluß geblieben war, während

Fulmargin (intravenös) prompt wirkte. Zur Erzielung des Erfolges genügen meist zwei Einspritzungen, die an zwei aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommen werden. Gelegentlich ist Verf. mit einer Spritze ausgekommen; in anderen Fällen hat er bis zu sechsmal die Anwendung wiederholen müssen. Unangenehme Nebenwirkungen hat er nicht beobachtet.

(Aerztl. Rdsch. 1914 Nr. 22.)

Salophen hat Dr. R. Thierfelder (Plauen) in zahlreichen Fällen von Migräne, Influenzaneuralgien, Nierenkoliken, Pyelitis und bei schmerzhaften Blasenkatarrhen in Dosen von $\frac{1}{2}$ —1 g drei bis viermal täglich mit ausgezeichnetem Erfolge angewendet. Da Salophen geruch- und vor allem geschmacklos ist, empfiehlt es sich besonders bei solchen Patienten, denen Aspirin und salizylsaures Natrium Widerwillen erregen. Nicht unerwähnt darf ferner bleiben, daß das Salophen infolge seiner Unschädlichkeit und guter Verträglichkeit ein Idealmittel für die Kinderpraxis darstellt.

(Ther. d. Gegenw., Juli 1914.)

Ueber die Verwendbarkeit des Roob Sambuci zur Behandlung von Neuralgien. Von R. H. Jokl (Aus der medizinischen Klinik R. v. Jaksch in Prag). Dieser aus den Früchten des Holunders hergestellte Extrakt wurde in 60 Fällen angewandt. Täglich einmal 1 Eßlöffel in 100 ccm Wasser und 15—20 ccm 96 % Alkohol unter Wärmeentwicklung gelöst (oder einfach in Portwein). In einem Drittel der Fälle guter Erfolg. Wenn in den ersten 2 Tagen kein Einfluß bemerkbar, höre man auf.

(Prag. m. W. 1914 Nr. 17.)

Dial-Ciba, ein neues Sedativum und Hypnotikum. Von Oberarzt Dr. Otto Juliusburger (Aus dem Kurhaus Lankwitz und der Heilanstalt Berolinum Lankwitz). Was die Dosierung angeht, so bemerkt Verf., daß er bei Angstzuständen 3mal täglich 0,05 = je $\frac{1}{2}$ Tablette bis 3mal täglich 0,1 = je 1 Tablette zu geben pflegt. Zur Erzielung des Schlafes bei Neurosen reicht er abends zunächst 0,1 = 1 Tablette, um am nächsten Abend, wenn die Dosis versagt, zu $1\frac{1}{2}$ —2 Tabletten Dial zu steigen. Bei Psychosen kann man sofort $1\frac{1}{2}$ —2 Tabletten reichen. Die maximale Tagesdosis (innerhalb 24 Stunden) für Neurosen möchte Verf. mit 0,35 = $3\frac{1}{2}$ Tabletten, für Psychosen mit 0,5 = 5 Tabletten angeben. Verf. möchte ausdrücklich hervorheben, daß man mit dem Dial streng individuell vorgehen soll, und empfiehlt daher, erst mit kleinen Dosen zu beginnen. Das Dial zerfällt leicht in etwas warmem Wasser oder leichtem Tee und kann so den Patienten

dargeboten werden. Das Präparat kommt in Pulver und Tabletten (Originalröhrchen) in den Handel. Jede Tablette entspricht 0,1 Substanz, die noch einen Zusatz von wenig Zucker erhalten hat. Die Tablette ist in der Mitte eingekerbt, so daß man leicht die kleinere sedative Dosis von $0,05 = \frac{1}{2}$ Tablette und die mittlere hypnogene Dosis von $0,15 = 1\frac{1}{2}$ Tabletten dosieren kann. Wenn Verf. seine bisherigen Erfahrungen über Dial zusammenfassen darf, so kann er schon jetzt das Urteil dahin abgeben, daß in ihm eine sehr wertvolle, äußerst brauchbare, ja in gewissen Fällen unentbehrliche Bereicherung der bisher sedativ und hypnotisch wirkenden Mittel gesehen werden kann. (B. kl. W. 1914 Nr. 14.)

Ueber ein neues Schlafmittel, das Dial-Ciba. Von Dr. E. Froehlich, Nervenarzt in Berlin. Dial-Ciba ist in der Dosis von 0,1 ein angenehm wirkendes Einschläferungsmittel. Die Dosis von $0,15 = 1\frac{1}{2}$ Tabletten wirkt schon hypnotisch und erzeugt bei Neurosen einen ca. 7stündigen Schlaf. Bei schwerer Schlaflosigkeit ist dieselbe auf $0,2 = 2$ Tabletten, eventuell auch auf $0,25 = 2\frac{1}{2}$ Tabletten zu erhöhen. Um wie bei allen Schlafmitteln einem posthypnotischen Effekt vorzubeugen, ist es ratsam, das Mittel nicht zu spät in den Abendstunden zu reichen und für ein Ausschlafenlassen zu sorgen. Als Vehikel empfiehlt sich zwecks besserer Resorption, das Mittel stets in warmer Flüssigkeit, am besten in leichtem Tee zu geben.

(Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 4.)

Beitrag zur Wirkung eines neuen Schlafmittels, des Dial-Ciba. Von Dr. Felix Mayer (Aus der Nervenpoliklinik von Dr. Toby Cohn in Berlin). Alles in allem glaubt Verf. das Dial als ein zuverlässiges und angenehmes Hypnotikum empfehlen zu dürfen, das in der Dosis von 0,1 bis $0,15 = 1$ bis $1\frac{1}{2}$ Tabletten in der Regel schon wirkt und in der Dosis von $0,2 = 2$ Tabletten auch bei schwerer Schlaflosigkeit die erwünschte Nachtruhe verschafft. Verf. gewann ferner den Eindruck von dem Dial, daß es in der Dosis von 0,1 bis $0,15 = 1$ bis $1\frac{1}{2}$ Tabletten bezüglich seiner schlafmachenden Wirkung eine Mittelstellung einnimmt zwischen dem Adalin und dem Veronal in den therapeutischen Dosen. Darin liegt ein gewisser Vorzug; denn wir begegnen oft Fällen, die auf 0,5 bis 1,0 g Adalin zu wenig und auf 0,5 g Veronal zu stark reagieren. Ein weiterer Vorzug ist besonders für die Armen- und Kassenpraxis der niedrige Preis. Das Originalröhrchen, enthaltend 12 Tabletten, kostet 1,25 Mk., die einzelne Dosis kostet demnach nur 10 bis 15 Pfg. (Neur. Zbl. 1914 Nr. 9.)

Zur Behandlung des Delirium tremens mit Veronal. Von Dr. Ernst von der Porten (Aus der Direktorialabteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg). Bei einem Material von 660 Fällen konnte Verf. konstatieren, daß Veronal bei Delirium tremens günstiger einwirkt als andere Mittel (Chloral, Brom usw.). Man muß aber größere Dosen anwenden, um Erfolge zu erzielen. Wenn er mit 2 g Veronal nicht auskommt (was bei den bereits ausgebrochenen Delirien die Regel ist), so gibt er vor Ablauf von 5 Stunden ein drittes Gramm. Er scheut sich auch nicht, in ganz resistenten Fällen innerhalb der ersten 12 Stunden 4g Veronal zu verabreichen. Verf. wiederholt aus seiner Veröffentlichung vom Jahre 1910, daß er niemals bei diesen Dosen auch nur den geringsten nachteiligen Einfluß auf Puls oder Atmung konstatieren konnte. Der springende Punkt bei der Behandlung des Delirium tremens ist eben gerade die Veronalbehandlung, und zwar mit großen Dosen von Veronal. Mit dem Veronal bekämpft man erfolgreich die motorische Unruhe, die Patienten schlafen in ihrem Bett, und damit ist die Isolierzelle bei uns fast ganz überflüssig geworden. Die Frage der Dauerbäder ist wohl nur für psychiatrische Abteilungen von Interesse. Für die allgemeinen Krankenhäuser und für die Praxis ist aber die Veronalbehandlung von allergrößter Bedeutung, weil wir mit diesem Mittel nicht nur das bereits ausgebrochene Delirium erfolgreich behandeln, sondern auch das Delirium imminens kupieren können. (M. m. W. 1914 Nr. 21.)

Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse. Von Priv.-Doz. Dr. Runge (Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität in Kiel).

1. Die Salvarsanbehandlung ist in Initialfällen der Paralyse, auch solchen Fällen, bei denen zwar der Beginn der Erkrankung noch nicht zu weit zurückliegt, aber doch schon akutere und schwerere Symptome aufgetreten sind, indiziert.

2. Die Behandlung muß in Intervallen durchgeführt werden, die Gesamtdosis je nach dem Zustand des Patienten und seiner Toleranz dafür individualisiert und nach und nach auf eine möglichst hohe, von 5—10 g und mehr gebracht werden.

3. Bei den mit Salvarsan auf diese Weise behandelten Fällen zeigen sich weit häufiger weitgehende Remissionen als bei den nicht oder mit anderen antiluetischen Mitteln behandelten Paralytikern. Die Behandlung führt offenbar zu einer erheblichen Modifizierung des Verlaufs der Paralyse, öfters sogar im Sinne eines längeren Erhaltenseins der Arbeitsfähigkeit, vielleicht auch im Sinne einer Verlängerung der Krankheitsdauer. Ein solcher Erfolg läßt sich jedoch nicht in allen Fällen gewährleisten, viel-

mehr gibt es Fälle, bei denen das Salvarsan auch in großen Dosen völlig wirkungslos abprallt. Auch kann es bei den Paralytikern, bei denen durch Anwendung großer Dosen keine weitgehende Remission erreicht wird, sicher zu Rückfällen und letalem Ausgang kommen.

4. Ob eine Heilung der Paralyse mit dem Salvarsan erzielt werden kann, läßt sich noch nicht entscheiden, jedenfalls dürften die Prozentsätze der Remissionen noch größer werden, wenn noch mehr Material von mit hohen Dosen behandelten Fällen vorliegt.
(D. m. W. 1914 Nr. 20.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Eucerinum-Unna zur Verhütung von Ekzemrezidiven. Von San.-Rat Dr. M. Bockhart-Wiesbaden. Im Eucerincoldcream fand Verf. das Fett, mit dessen Hilfe er auch ohne Alkoholwaschungen Ekzemrezidive verhüten konnte. Die Wirkung des Eucerins in dieser Richtung ist so auffallend, daß Verf. es für das beste Mittel zur Erhaltung und Stärkung der Schutz- und Widerstandskraft der Hornschicht gegenüber den Bakterien halten möchte. Er hat den Eucerincoldcream angewandt zur Hautpflege nach der Abheilung chronischer Ekzeme des Gesichtes, des Rumpfes und der Extremitäten, ausgenommen die Achselhöhlen- und die Genital- und Analgegend, wo viele und große Knäueldrüsen sitzen und wo die Hornschicht ohnehin gut oder zu stark eingefettet ist. In allen Fällen, in denen die Hautpflege mit Eucerincoldcream gewissenhaft durchgeführt wurde, blieb das Rezidiv aus. Die erfreulichsten Resultate sah Verf. bei Patienten mit Gewerbeekzemen der Hände (Maurer, Bäcker, Kupferputzer, Wäscherin). Diese Leute können jetzt, dank der Eucerinhautpflege, ihre Gewerbe ausüben, ohne ein Ekzemrezidiv zu bekommen. Ferner bei einem Arzte, der nach jeder Sublimat- oder Lysolwaschung der Hände Ekzem bekam und später nicht einmal mehr Seifenwaschungen vertrug. Er kann, seit er Eucerincoldcream gebraucht, seine Hände ohne Schaden wieder mit Sublimat oder Lysol desinfizieren. Ferner bei einem 60jährigen Arthritiker, der 12 Jahre lang an fortwährend rezidivierendem Unterschenkelekzem litt, das für arthritisch und unheilbar erklärt worden war. Er hat seit 2 Jahren, seit er seine Haut mit Eucerin pflegt, kein Ekzem mehr. Diese Fälle sind die auffallendsten aus einer Reihe ähnlicher Fälle. Verf. empfiehlt den Patienten, den Eucerincoldcream dauernd zu gebrauchen und die früher kranken Hautstellen und deren Umgebung ein- bis dreimal täglich einzureiben. Man darf nicht zuviel Eucerincoldcream einreiben; man muß ihn während des Einreibens in die Haut pressen; nach dem Einreiben muß man das überschüssige Fett mit einem zarten

Tuch abwischen. Da sich die Haut nach der Einreibung nicht fettig anfühlt und da sie auch nicht fett aussieht, sondern nur den Glanz einer normalen, gesunden Haut hat, so wird diese ganze Prozedur den Patienten weder unangenehm noch lästig. Ueberschüssiges Eucerincoldcream soll jedenfalls nicht auf der Haut liegen bleiben. Verf. hat mehrmals beobachtet, daß unter einer dicken Schicht von Eucerincoldcream die Haut heiß und hyperämisch wurde. Dasselbe sieht man auch öfters, wenn andere Fette in zu dicker Schicht auf die gesunde Haut aufgetragen werden. Das ist auch der Grund, warum Verf. diejenigen Hautstellen, die viele große Knäueldrüsen besitzen (Achselhöhlen, Genital-, Analgegend), nicht mit Eucerin einreiben läßt. Diese von Natur überfetteten Hautstellen läßt er zur Verhütung von Ekzemrezidiven nur mit Alkohol waschen. Hier ist keine Austrocknung und Entfettung der Hornschicht durch den Alkohol zu befürchten. Zur Verhütung von Rezidiven des seborrhoischen Ekzems ist Eucerinbehandlung der Haut nicht nötig. Hier genügen Alkoholwaschungen oder lauwarme Bäder und überfettete Seife. (Derm. Wschr. 1914 Nr. 7.)

Beitrag zur Behandlung juckender Dermatosen. Von Dr. Johann Meyer in Hamburg (Aus Prof. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten zu Berlin). In einigen Fällen hat Verf. bei Urticaria, Lichen, Dermatitis herpetiformis, vor allem aber Pruritus senilis gute Erfolge erzielt mit folgender Modifikation der Ringerschen Lösung:

Natr. chlorat.	7,5
Kal. chlorat.	0,1
Calc. chlorat.	0,2
Aqu. dest.	ad 1000,0.

200 ccm werden subkutan ein- oder mehrmals injiziert (auch rektale Applikation brauchbar!), was ambulant geschehen kann.

(Derm. Zbl. 1914 Nr. 9.)

Pemphigus vulgaris; Heilung durch Neosalvarsaninjektionen. Von Dr. Eschweiler in Düsseldorf. Durch 4 Injektionen Heilung eines schweren Falles. (Derm. Zbl. 1914 Nr. 9.)

Zur Therapie des Frosterythems und der Pernionen. Von Gustav Blunck, Mirow. Vor allem hat sich Verf. Monochlorphenol ausgezeichnet bewährt. Die Rötung und Schwellung der Haut geht in einigen Tagen zurück, und das Juckgefühl, das dem Pat. am unerträglichsten ist, hört sofort nach der Anwendung auf. Es ist anzunehmen, daß die Erfolge der gleichzeitigen Wirkung des Phenols und des Chlors zuzuschreiben sind, denn die Binzische Chlorkalksalbe, die sehr häufig versagte, wurde durch Zusatz

von 2¹/₂ % Acid. carbol. liqu. ebenso wirksam wie Chlorphenol. Man gibt das Präparat in Salbenform, in Glyzerin- oder Alkohol-lösung.

1. Rp. para-Monochlorphenol cryst. 1,0—2,5—5,0
Glycerin ad 50,0.
MDS. Aeußerlich, abends aufzupinseln. (In schwächerer Konzentration bei Frosterythem, in stärkerer bei Pernionen.)
2. Rp. para-Monochlorphenol cryst. 0,5—1,0—2,5
Vasel. flav.
Lanolin āā ad 25,0.
M. f. Ungt. S. Aeußerlich zum Einreiben (siehe oben).
3. Rp. para-Monochlorphenol cryst. 1,0—2,5—5,0
Alkohol ad 50,0.
MDS. wie unter Rp. 1.
4. Rp. Acid. carbol. liqu. 0,25
Calcar. chlorat. 1,0
Ung. Paraff. ad 10,0.
M. f. Ungt. S. Aeußerlich zum Einreiben.
(Ther. Mh. 1914 Nr. 4.)

Die Behandlung der Ulcera cruris mit Pittylen. Von
Dr. Salomon (Berlin).

Rp. Pittylen	10,0 g
Zinc. oxyd.	30,0 "
Ol. olivar.	ad 100,0 "
D.S. Pittylenzinköl.	

Diese Verbindung des Pittylens mit einem Adstringens entfaltete eine vorzügliche Wirkung bei entzündlichen Krampfadern, welche die Neigung hatten, aufzubrechen. Wegen seines wohlthuenden, kühlenden Einflusses auf die betreffende Hautpartie und seiner leichten Anwendbarkeit wurde es ganz besonders von den Patienten allen anderen Mitteln vorgezogen. Zunächst täglich, dann alle Uebertage, wurde die entzündliche Stelle mit einem in Pittylenzinköl getauchten Wattestäbchen dick bestrichen und hier-nach mit sterilem Mull verbunden. Bereits nach 10 Minuten ließ der fast immer vorhandene, unerträgliche Juckreiz nach, und nach 3—4 maliger Anwendung konnte man ein deutliches Abklingen der Entzündung wahrnehmen. Dies veranlaßte Verf., das eben erwähnte Verfahren auch schon auf vorhandene Ulcera mit juckendem Ekzem in der Umgebung auszudehnen. Hierbei ging er so zu Werke, daß er die rings um die Wunde liegende Hautpartie in einer Ausdehnung von ca. 3 cm dick mit Pittylenzinköl bestrich und auf die Wunde selbst folgende Pittylenkühlsalbe legte:

Rp. Pittylen	1,0 g
Zinc. oxyd.	2,0 „
Bismut. subnitr.	2,0 „
Ungt. lenient.	
Ungt. simpl.	āā 10,0 „
M. f. Ungt.	

In den meisten Fällen wiesen die Beingeschwüre einen gelblich-grünen, übelriechenden Belag auf, der sich nach 1—2 maligem Verbandwechsel verlor. Die oft stark verdickten Randpartien erweichten, die Sekrete schwanden, und unter rascher Granulationsbildung wurden die Geschwürsflächen immer kleiner, so daß sich bald eine glatte, feste Haut bilden konnte. Dabei hatten die Patienten niemals über Brennen in der Wunde zu klagen, sondern empfanden die Pittylenbehandlung als eine Wohltat, besonders wenn sie vorher mit Argentumsalbe behandelt worden waren.

(Allg. m. Ztg. 1914 Nr. 9.)

Beitrag zur Sulfoformbehandlung der Seborrhoea capitis. Von Oberarzt Dr. Eschbaum (Aus der inneren Abteilung des St. Petrus-Krankenhauses in Barmen). 2 Fälle von hartnäckiger Seborrhoe, die allen Mitteln widerstanden hatten, wurden geheilt durch tägliche Einreibungen von 10% igem Sulfoformöl (Originalpackung). (Derm. Zbl., Juli 1914.)

Beitrag zur Versorgung wunder Füße. Von Stabsarzt Dr. Dreist, Mainz. „Für ein Verbinden wundgelaufener Füße steht uns zur Hauptsache Zinkkautschukheftpflaster zur Verfügung. Dieses hat aber eine höchst unangenehme Eigenschaft: es klebt schlecht auf schweißigem Fuße, reizt oft die Haut und verschiebt sich leicht beim Gehen derartig, daß hierdurch wieder neue Druckschäden verursacht werden. Hat es sich nur an einer Stelle ein wenig gerollt, so hat der Marschierende das Gefühl eines fremden festen Gegenstandes im Stiefel, und das erschwert ihm das Gehen. Im Manöver 1912 und 1913 habe ich nun bei meinem Reservebataillon Versuche mit Mastisol-Körperstoffverbänden gemacht; der erforderliche Körperstoff war mir von der Firma Hartmann (Heidenheim) zur Verfügung gestellt. Während der ersten Tage auf dem Truppenübungsplatze fand ich Gelegenheit und die nötige Zeit, die Sanitätsmannschaften des Bataillons, denen der Mastisolverband bis dahin unbekannt gewesen war, in der Anlegung zu unterweisen, und zwar mit dem Erfolge, daß sie sehr bald gute Verbände anlegen konnten. Die durchgelaufene Stelle und ihre nächste Umgebung wurde von einem Sanitätsunteroffizier leicht mit Mastisol bestrichen, während ein anderer aus einer Körperstoffbinde, die beim

Ausrücken im Brotbeutel mitgeführt wurde, ein entsprechendes Stück schnitt und nach genügender Verdunstung auf die bestrichene Fläche legte. Auf diese Weise wurden nicht nur bereits durchgelaufene, sondern auch verdächtige Stellen beklebt. Nach Aufbrauch des Körperstoffes fand ich ein Mittel, das sich ebenfalls sehr gut bewährte, nämlich Barchentfußlappen, die in gleicher Weise wie der Körperstoff Verwendung fanden. Reizerscheinungen traten bei dieser Art Behandlung der wundgelaufenen Stellen und der geröteten Teile, die wahrscheinlich ebenfalls bald wund gewesen wären, nicht auf. Geschlossene Wasserblasen wurden, ob prall oder nicht, aufgestochen und die Stellen in gleicher Weise behandelt. In einzelnen Fällen, in denen fast die ganze Fußsohle wundgelaufen war, wurde ein der Fußsohle entsprechend großes Stück geschnitten und aufgeklebt. Die auf diese Weise behandelten und gleichsam „beschlagenen“ Leute konnten ohne alle Beschwerden weitmarschieren“.

(M. Kl. 1914 Nr. 5.)

Einfluß des Salvarsans auf die männliche akute Gonorrhoe und deren Komplikationen. Von Dr. E. Babucke, Spezialarzt für Haut- und Harnleiden in Straßburg. Aus seiner Spezialpraxis möchte Verf. folgende drei Fälle veröffentlichen, die einen Beitrag zu dieser so überaus wichtigen Frage liefern sollen.

1. Fall: Kutscher Ch. F. Lues, Roseola. Gonorrhoe. Mikroskopisch zahlreiche Gonokokken im eitrigen Urethralsekret (Gramfärbung). 0,5 Salvarsan. Am 3. Tage völliges Aufhören des Harnröhrenausflusses.

2. Fall: Schaffner F. N. Ulcus durum. Gonorrhoe. Im Urethralsekret mikroskopisch zahlreiche Gonokokken (Gramfärbung). 0,5 Salvarsan. Nach 5 Tagen völliges Nachlassen der Harnröhreneiterung.

3. Fall: Kaufmann K. Kl. Papulöses Syphilid. Gonorrhoe. Komplikationen. Gonorrhoeische Gelenkentzündung des rechten Knies und rechten Ellenbogengelenkes. (Gonokokken nachgewiesen, Gramfärbung). 0,5 Salvarsan. Nach 8 Tagen völliges Schwinden der Gelenkschmerzen und bedeutendes Nachlassen der Schwellungen in den Gelenken.

(Reichs-M.-Anz. 1914 Nr. 4.)

Der Wert des Salvarsans für die Abortivheilung der Syphilis. Von Erich Hoffmann (Aus der Universitätshautklinik in Bonn).

Die Frühdiagnose der Syphilis ermöglicht allem Anschein nach in der großen Mehrzahl der Fälle die Abortivheilung. Diese wird erreicht durch eine starke kombinierte Quecksilbersalvarsankur, für deren Bemessung im Einzelfall die Kurve der Wa.R. einen

Anhalt gibt, die aber jedenfalls lieber zu stark als zu schwach durchgeführt werden muß. Neben einer starken Quecksilberkur (etwa 42 Einreibungen oder entsprechend viel Injektionen) sind 4—6, manchmal auch 7—8 Altsalvarsaninjektionen zu 0,4 (nicht höher!) erforderlich, um den Dauererfolg zu erzielen. Dieser wird kontrolliert 1. durch genaue klinische und serologische Ueberwachung, 2. Exzision der Schankernarbe am Schluß der Kur, histologische Untersuchung und Prüfung auf *Spirochaeta pallida* im Dunkelfeld und durch Impfung und 3. provokatorische Salvarsaninfusion nach ungefähr 5 Monaten zugleich mit Prüfung des Lumbalpunktats etwa 10 Tage nach der Infusion. Fallen diese Proben negativ aus und bleibt der Kranke mehr als $1\frac{1}{2}$ Jahre frei von jeglichem Symptom, so ist mit größter Wahrscheinlichkeit auf endgültige Heilung zu rechnen. In besonders hartnäckigen Fällen kann an die provokatorische Infusion sogleich eine zweite Kur angeschlossen werden.

Aus alledem ergibt sich, daß die von Ehrlich angestrebte *Therapia sterilisans magna* auch bei kritischer Betrachtung der bisherigen Dauererfolge schon jetzt als erreicht anzusehen ist, wenn auch auf andere Weise, als er zunächst erwartete. Damit ist aber die für die Bekämpfung der Syphilis wichtigste Frage gelöst, zumal da die Uebertragbarkeit der Krankheit von vornherein beschränkt oder aufgehoben wird und auch bei frischer sekundärer Syphilis sich ähnliche Erfolge in der Mehrzahl der Fälle erzielen lassen.

(D. m. W. 1914 Nr. 23.)

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Noviform in der Gynäkologie. Von Dr. A. v. Posch (Aus dem Maria-Theresia-Frauen-Hospital in Wien). Anwendung bei Dekubitalgeschwüren in der Vagina, jauchenden Karzinomen, ulzerösen Prolapsen, wobei die desodorisierende und austrocknende Wirkung vorteilhaft hervortraten. Trotz großer Pulvermengen nie Reizerscheinungen, kein Zusammenballen in Klumpen! Trotz langer Anwendung nie Intoxikation! Auch nicht bei Einführung in Gazeform (vorher Sterilisierung in strömendem Wasserdampf) in den Uterus.

(Klin.-ther. Wschr. 1914 Nr. 15.)

Behandlung einiger vaginaler Affektionen mit Pittylenbolus. Von Dr. Herzberg (Berlin). Verf. hat 10proz. Pittylenbolus (von den Lingner-Werken in Dresden), ein feines, weißliches Pulver, mit bestem Erfolge angewandt. Selbstverständlich konnte es sich dabei nur um solche Fälle handeln, wo ausschließlich in der Scheide lokalisierte Affektionen waren, aber auch bei Cervixkatarrhen, chronischen Endometritiden, Parametritiden

und Adnexitiden unterstützte das Mittel die jeweils angewandte Therapie dadurch, daß es die Reizerscheinungen in der Vagina verhinderte, den Fluor einschränkte und desodorisierte. Bei akuten und subakuten Vaginitiden wurde Pittylenbolus täglich appliziert, und zwar wurde nach einer indifferenten Spülung und Auswischen der Scheide im Milchglasspekulum das Pulver in einer Quantität von 2—3 g vor die Cervix geschüttet und unter langsamem Zurückziehen des Spekulums mittels eines Löffelstiels in die Schleimhautkrypten nach allen Seiten eingepreßt. Am nächsten Morgen wurden die von dem Sekretbolusgemisch gebildeten ziemlich trockenen Klumpen durch Spülung, event. im Sitzbad entfernt.

(Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 6.)

Zur Puderbehandlung des weiblichen Fluors empfiehlt Dr. Hans Oppenheim in Berlin-Wilmersdorf 10%igen Yatren-Puder (mit Talkum), mit dem er bei den verschiedenen Formen des Fluors (bei Gonorrhoe hat er ihn nicht versucht) vorzügliche Erfolge hatte. Rasch austrocknende, gut desodorisierende Wirkung! Keine Nebenerscheinungen! Der Arzt pudere selbst ein, anfangs 1—2-mal täglich, dann seltener. Reinigungsspülung (mit leichtem Kamillentee) nur 1—2 mal in der Woche. Zur richtigen Applikation des Puders hat Verf. einen Apparat konstruiert,*) der recht zweckmäßig ist.

(B. kl. W. 1914 Nr. 13.)

Vesicaesan in der Frauenpraxis. Von Dr. J. Sfakianakis (Prof. Nagelsche Klinik, Berlin). Das alle wirksamen Bestandteile der Folia uvae ursi enthaltende Präparat wurde mit den besten Erfolgen bei Cystitiden aller Art angewendet (3—4 mal täglich 1 Pille). Nie schädigende Wirkung.

(M. Kl. 1914 Nr. 17.)

Valamin in der gynäkologischen Praxis. Von Prof. Dr. R. Birnbaum (Göttingen). Nach seinen zahlreichen Erfahrungen hält Verf. Valamin für ein sehr brauchbares Präparat bei allen nervösen und hysterischen Patienten. Es ist in erster Linie indiziert:

1. bei allen nervösen und hysterischen Verstimmungen und Erregungszuständen, wie wir sie besonders bei chronischen Katarrhen, Metritis, Retroflexio und besonders im Klimakterium beobachten;
2. bei nervöser Schlaflosigkeit;

*) Derselbe ist unter dem Namen: „Pulverbläser für gynäkologische Zwecke nach Dr. Oppenheim“ von der Firma Louis & H. Loewenstein, Berlin, Ziegelstraße, zu beziehen. Preis 6,50 Mk.

3. bei nervösen Herzpalpitationen, nervösen Magendarmerscheinungen, nervösem Kopfschmerz, nervösen Rückenschmerzen;
4. bei nervöser Dysmenorrhoe;
5. vor Operationen bei nervösen Kranken;
6. bei Hyperemesis gravidarum;
7. bei der Entziehung von Morphinum.

(B. kl. W. 1914 Nr. 21.)

Ueber Chorea gravidarum. Von Dr. Wolfgang Kolde (Aus der städtischen Frauenklinik Magdeburg-Sudenburg). Schwerer Fall. Sofortiges rasches Abklingen der Erkrankung nach der Entbindung. Der Erfolg der Einleitung der künstlichen Frühgeburt war so in die Augen springend, daß Verf. sich in Zukunft immer bei Chorea am Ende der Gravidität für sofortige Unterbrechung der Schwangerschaft entschließen würde, und zwar würde er wieder, wie in diesem Falle, zuerst nur den einfachen Blasenstich versuchen, da dieser einen relativ harmlosen Eingriff darstellt und sich damit die gefürchtete Komplikation des Wochenbettfiebers am besten vermeiden läßt. Sollte der Blasenstich nicht zum Ziele führen, so kann man ja hinterher immer noch andere Maßnahmen, wie Metreuryse oder vaginale Hysterotomie, anschließen. Bei Chorea in früheren Schwangerschaftsmonaten ist ja nach den Erfahrungen der Neurologen ein Abwarten berechtigt, man könnte vielleicht durch Injektion von normalem Schwangerenserum und durch diätetische medikamentöse Maßnahmen eine Heilung zu erstreben suchen. Bei Fortdauer oder Steigerung der Krankheiterscheinungen würde Verf. aber nicht zu lange mit der Unterbrechung warten.

(Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 28.)

Ueber intranasale Behandlung der Dysmenorrhoe, nebst Bericht über 93 Fälle. Von Emil Mayer. Als Genitalstellen der Nase bezeichnet Fließ das Tuberculum septi und den vorderen Teil der unteren Nasenmuschel; während der Menstruation schwellen die Genitalstellen an, bluten leicht und sind empfindlich, während des Geburtsaktes ist jede Wehe von Schwellung des erektilen Gewebes der Nase begleitet. Eine vorübergehende Beeinflussung der dysmenorrhoeischen Schmerzen wurde durch Applikation einer 20 %-Kokainlösung, eine dauernde Beeinflussung durch elektrolitische Behandlung erzielt. Verf. konnte auf Grund seiner eigenen Erfahrungen diese Angaben vollständig bestätigen. Es wurden solche Fälle ausgewählt, wo eine Affektion des Uterus als Ursache der Dysmenorrhoe ausgeschlossen werden konnte und wo selbst chirurgische Methoden, Dilatation, Auskratzung usw. versagt

hatten. Die Untersuchung der Nase ergab in einer kleineren Anzahl von Fällen Stenosierung durch Septumdeviation, Hypertrophie der mittleren Muscheln, Enchondrosen usw.; alle diese Fälle kamen zur vollständigen Heilung. In den meisten Fällen war eine Schwellung und Kongestion der Genitalstellen der Nase nachweisbar. In jenen Fällen, wo die Schmerzen nur zur Zeit der Menstruation auftraten, wurde durch Applikation von Kokain an den empfindlichen Punkten der Nase vollständige Beseitigung der Schmerzen erzielt. Wegen der Notwendigkeit, die Kokainisierung monatlich zu wiederholen, wurde diese durch die Anwendung des Galvanokauters und durch die Aetzung mit Trichloressigsäure ersetzt, welche letztere sich am besten bewährte. Die Aetzung wurde nach Applikation einer schwachen Kokainlösung vorgenommen und zunächst viermal nach dem Verschwinden des Schorfs wiederholt; falls bei der nach diesen Aetzungen eintretenden und den beiden nächstfolgenden Menstruationen keine Schmerzen sich zeigten, wurde von weiteren Eingriffen abgesehen. Von den behandelten 93 Fällen wurde mehr als ein Drittel dauernd geheilt, und es zeigte mehr als die Hälfte der Fälle eine unmittelbare Besserung. Eine besonders günstige Beeinflussung zeigten die durch prämenstruelle Kopfschmerzen, Uebelkeit und Kolikschmerzen zu Beginn der Menstruation gekennzeichneten Fälle. In allen Fällen wurde auf Ausschaltung der Suggestion geachtet, auch kann Kokaineuphorie nicht zur Erklärung der Heilerfolge herangezogen werden. Aus den Beobachtungen geht hervor, daß in 50—75 % der Fälle ein Erfolg erzielt wird, in einigen Fällen mit Amenorrhoe stellte sich die Menstruation ein, in 4 Fällen erfolgte Gravidität. Die Aetzung der Genitalstellen der Nase mit Trichloressigsäure, viermal in den intermenstruellen Intervallen vorgenommen, hat sich zur Erzielung dauernder Heilung am besten bewährt.

(The Journal of the Amer. med. Ass., 3. Januar 1914. —
W. kl. W. 1914 Nr. 24.)

Uteramin-Zyma, ein synthetischer Ersatz der Mutterkornpräparate. Von Dr. Karl Abel in Berlin. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: 1. Das synthetisch hergestellte Uteramin ist nicht nur ein vollkommener Ersatz der Mutterkornpräparate, sondern es übertrifft diese durch seine vollkommene Ungiftigkeit.

2. Nach Abortausräumungen und Auskratzungen bei Endometritis genügt im allgemeinen eine einmalige Dosis von 1 ccm, intramuskulär injiziert. Handelt es sich aber um einen sehr schlaffen Uterus, bei dem noch erhebliche Blutung nach der Entleerung vor-

handen ist, so sollen sofort 2—4 ccm injiziert werden. Mit dieser einmaligen verstärkten Dosis kommt man dann vollkommen aus.

3. Bei den Blutungen infolge von gynäkologischen Erkrankungen ist die fortgesetzte Darreichung in Form von Tabletten oder Tropfen angezeigt. Hier ist die genaue Dosis erst noch durch weitere Erfahrungen festzustellen, jedenfalls soll die Dosis nicht zu gering bemessen werden.

4. Nach Entbindungen geschieht die Rückbildung des Uterus energischer und in kürzerer Zeit als nach Verabreichung von Mutterkornpräparaten, ohne bei den Kranken unangenehme Erscheinungen (zu starke Nachwehen) hervorzurufen. Heimann ist hierbei immer mit einer einmaligen Injektion von 1 ccm ausgekommen. Auch im Wochenbett bei Eihautretentionen wurden gleichgute Erfolge erzielt. Hier traten auch bei längeren wiederholten Gaben keine schädlichen Nebenwirkungen auf.

(D. m. W. 1914 Nr. 17.)

Extrakt aus Corpora lutea vera gegen Pubertätsblutungen. Von Dr. E. Landsberg (Univers.-Frauenklinik Halle). Die Firma Hoffmann La-Roche hat Extrakte aus Corpora lutea vera (Veroglandol) hergestellt. Mit diesen hat Verf. 7 Pubertätsblutungen und eine klimakterische Blutung behandelt, mit dem Erfolg, daß in allen Fällen die Blutung aufhörte. Es wurde jeden 2. Tag 1 ccm subkutan injiziert; je nach der Schwere des Falles wurden im ganzen 6—12 ccm verabfolgt. Die Fälle von Pubertätsblutungen, zwei davon waren ganz außerordentlich schwer, hat Verf. noch nach der Entlassung während 2—3 Monaten beobachtet. Die Menstruation trat regelmäßig auf, und die Patientinnen waren ohne Beschwerden. Nicht ganz so günstig war der Erfolg bei einer verheirateten Frau, welche wegen der schon jahrelang bestehenden Blutungen verschiedentlichst behandelt worden war. Auch hier stand die recht erhebliche Blutung bereits nach der 3. Injektion und trat bei der noch 14 Tage dauernden Behandlung nicht wieder auf. Die Pat. schrieb aber einige Wochen nach ihrer Entlassung, daß die Blutungen wieder eingesetzt hätten. Der Rat einer nochmaligen Behandlung wurde leider nicht befolgt. Im ganzen glaubt Verf. den Extrakt aus Corpora lutea vera gegen Uterusblutungen, besonders in der Pubertät, empfehlen zu können.

(Ther. Mh. 1914 Nr. 5.)

Digitalis bei Uterusblutungen. Von Dr. Focke (Düsseldorf). Bei Uterusblutungen, die auf organischer Grundlage beruhen, kann die lokale Therapie von der Digitalis nur unterstützt werden. Eine bedeutende Wirkung ist aber von ihr zu erwarten 1. bei den

Blutungen während der Schwangerschaft, wo sie gewiß oft zur normalen Austragung des Kindes mithelfen kann, und 2. bei den gehäuften Menorrhagien besonders des jugendlichen (aber auch klimakterischen) Alters, kurz bei allen denjenigen Personen, deren Uterus anscheinend gesund ist, aber infolge irgendwelcher Zirkulationsstörung an zeitweisen Blutstauungen leidet und daher zu spontanen (essentiellen) Blutungen neigt. — Es ist durchaus empfehlenswert, bei den genannten Anlässen die früher dabei so häufig mit bestem Erfolg gebrauchte, in geringen Dosen ganz harmlose Digitalis auch heute wieder öfter zu verwenden. — In etwa der Hälfte der Fälle hat Verf. ein Infusum Fol. Digit. titr. gebraucht, und zwar mit einem Zusatz von 5 % Spiritus, wodurch es für eine Woche völlig haltbar wird. Er gibt bei Kindern von 13 bis 14 Jahren 0,3—0,5:100,0 in halben Eßlöffeln; bei älteren Mädchen und bei Frauen 0,7—0,9:150,0 eßlöffelweise nach den Mahlzeiten so, daß die Arznei immer in 3 Tagen verbraucht ist. Beim Abortus imminens fügt Verf. zum Infus von 150 g noch 2,0 der Tinct. Opii gheb. hinzu; oder er verschreibt: Tinct. theb. 3,0, Spiritus 1,5, Digitalysat 9,0, 3mal täglich am 1. Tage 25, am 2. und 3. Tage je 20 Tropfen zu nehmen; der Spirituszusatz ist hier nötig, weil sonst eine Trübung entsteht. (Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 2.)

e) Augenkrankheiten.

Noviform in der Augenheilkunde. Von Dr. Michelsen (Prof. Schlössersche Augenheilklinik in München). Die Noviformsalbe wurde in der Klinik seit über einem Jahr mit bestem Erfolg bei äußeren Erkrankungen der Augen und der Lider angewendet; hauptsächlich alte, vernachlässigte Fälle von Blepharitis ulcerosa, squamosa und Blepharoconjunctivitis, die jeder therapeutischen Maßnahme unzulänglich erschienen, besserten sich bei Anwendung von 10proz. Noviformsalbe schnell und kamen bei längerem Gebrauch der Salbe zur Heilung. Ebenso bewährte sich die Noviformsalbe nach Eukleationen und Exenterationen gut, wo sie durch ihre sekretionsbeschränkende Wirkung angenehm und wohltuend empfunden wurde und den Heilungsprozeß beschleunigte. Einige Fälle von Frühjahrskatarrhen, die den üblichen Formen der Therapie trotzten, sah Verf. bei Massage mit 5—10proz. Noviformsalbe in relativ kurzer Zeit abheilen. Des weiteren wurden durch Noviformsalbe Erkrankungen der Cornea, wie Epitheldefekte, katarrhalische Ulcera und besonders der Herpes corneae außerordentlich gut beeinflußt. Zusammenfassend ist die Noviformsalbe in der Augenheilkunde zu empfehlen als ein Mittel, das die Sekretbildung vermindert und als reizlos und angenehm empfunden, gut heilende Qualitäten besitzt. (Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 2.)

Noviform bei Lidrandentzündung. Von cand. med. J. Der-novsek (Aus der I. Universitäts-Augenklinik in Wien). Verf. benutzte das Noviform als 10proz. Salbe seit einem halben Jahre in einer Reihe von Fällen als Ersatz für andere adstringierende und desinfizierende Salben. Es wurde vorwiegend bei Blepharitis ulcerosa und squamosa verwendet, und besonders bei Fällen mit geringer Beteiligung der Conjunctiva hatte man ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen. Fälle, die monatelang ohne Erfolg behandelt worden waren, zeigten schon nach mehrmaliger Anwendung der Noviformsalbe eine prompte Besserung. Verf. empfiehlt den Patienten, des Abends die Lidränder ausgiebig zu bestreichen, des Morgens gründlich zu reinigen, nachher abermaliges Aufstreichen der zumeist 10proz. Salbe und Abwischen derselben, so daß die Lidränder bei Tage aus kosmetischen Rücksichten nur mit einer ganz dünnen Salbenschicht bedeckt sind.

(Wsch. f. d. ges. Ther. d. Aug., 22. Januar 1914.)

Ueber Aristolöl in der Augenheilkunde. Von A. Dutoit (Montreux). Ferreskasan besitzt einen Gehalt von 0,36% metallischen Eisens in Form einer neutralen Eisensaccharatlösung, dargestellt aus stets frischen Fällungen von Eisenoxyd, um die weitgehendste Resorption zu gewährleisten, in Verbindung mit Salzen der Glyzerophosphorsäure und in geringen Mengen der Kakodylsäure. Die übrigen Bestandteile sind Saccharose, Aromatika und Alkohol (ca. 1%). Die Firma Scheller & Cie., A.-G., Zürich, welche Ferreskasan in den Handel bringt, legt einen ganz besonderen Wert darauf, daß die Fällungen von Eisenoxyd stets frisch sind. Dieses Präparat hat Verf. in Verbindung mit der örtlichen Anwendung des Aristolöls bei der Behandlung lymphatisch-skrofulöser Augenleiden bemerkenswerte Dienste geleistet. Ueber Anwendung s. folgenden Fall: Blepharitis sicca-squamosa bei einem 9 jährigen Mädchen mit geschwellenen Halsdrüsen. Hämoglobin 60%. Tägliche Bestreichung der Lidränder mit Aristolöl unter Benützung eines steifen Haarpinsels. Dauer der Behandlung 25 Tage. Gleichzeitig Ferreskasan, dreimal täglich ein Eßlöffel voll. Unmittelbares Ergebnis: Lidränder frei von Schuppen und Krusten, ohne Spur von Rötung. Allgemeinzustand befriedigend. Appetit vorzüglich. Hämoglobin 80%. Drüsenschwellungen am Hals zurückgegangen. Ferreskasan wie bisher. Kontrolle nach 4 Wochen: Lidränder gesund. Hämoglobin jetzt 90%. Entlassen. — Verf. fügt bei, daß er Aristolöl ständig bei traumatischen Erosionen der Hornhaut und zur Nachbehandlung bei Fremdkörperauskratzen, bei Conjunctivitis angularis, bei Conjunctivitis neonatorum nongonorrhoica, bei Keratoconjunctivitis catarrhalis anwendet, und daß

das Präparat wegen seiner raschen, milden und sicheren Wirkung uneingeschränktes Vertrauen und weiteste Verbreitung verdient.
(Kind. A. 1914 Nr. 4.)

Als ein mildes, adstringierendes und **kühlendes Collyrium** gegen chronische und leichtere akute Konjunktividen kann Dr. Birkhäuser (Basel) folgende Lösung empfehlen: Zinc. sulf. 0,04, Catechu 0,1, Natr. biborac. 0,04, Bismut. subn. ca. 0,02 in Aufschwemmung, Aq. dest. 100,0. Dazu auf je 50 ccm der Lösung 1 Tropfen Mentholalkohol 3%. Da die Herstellung einer klaren und haltbaren Lösung nicht leicht ist, hat sich die Firma Sanitätsgeschäft Hausmann A.-G. in St. Gallen damit befaßt und stellt eine durchaus gleichmäßige und unveränderliche Lösung unter der Bezeichnung „Collyrium rubrum“ dar.
(Schweiz. Korr.-Bl. 1914 Nr. 27.)

Apparate und Instrumente.

Ein modifizierter Pirquetscher Mundspatel. Von Dr. A. Levinson (k. k. Kinderklinik Wien). Der gefensterter Mundspatel aus Nickeldraht von v. Pirquet hat 2 Nachteile: 1. Bei Inspektion des Rachens und Zungengrundes der Säuglinge und jüngeren Kinder wölbt sich häufig die Zunge in das Spatelfenster hinein oder schlüpft mit der Zunge ganz hindurch. 2. Der Druck legt sich auf den vorderen Teil der Zunge, der leichtere Teil der Zunge kontrahiert sich und verdeckt den Pharynx. Verf. versah die schmalere Hälfte des Spatels mit einer mittleren Spange und bog das vordere Spatelende in einer Länge von etwa $1\frac{1}{2}$ cm leicht ab. Das so modifizierte Instrument (Reiner & Lieberknecht, Wien IX) vermeidet beide Nachteile.
M. m. W. 1914 Nr. 26.)

Ein neues Modell einer Leibschüssel. Von Dr. Guido Engelmann in Wien. Verf. hat eine Leibschüssel*) konstruiert, die zum Gebrauch einfach an die Gesäßbacken des Kranken angeschoben wird. Eine seichte Vorwölbung legt sich dabei ganz an das Mittelfleisch an, und das Kreuzbein kommt auf einen flachen, zungenförmigen Ansatz zu liegen. Dadurch wird das für Kranke und Pfleger gleich lästige Heben erspart. Das Liegen auf der Schüssel ist beschwerdelos, und leichter bewegliche Patienten können sich bei der Defäkation außerdem noch an zwei seitlich an der Schüssel angebrachten Porzellanknöpfen festhalten, wodurch die Bauchpresse noch besser wirken kann. Man tut gut, bei Anlegung der Leibschüssel die Gesäßbacken des Pat. ein wenig auseinander zu ziehen.
(D. m. W. 1914 Nr. 24.)

*) Firma J. Leiter, Wien.

Ueber eine neue Vorrichtung zur Vereisung kleinerer zirkumskripten Hautbezirke mit Aethylchlorid. Von Dr. Oswald Berneker in Berlin. Wo es auf Anwendung an ganz zirkumskripten Hautstellen ankommt, wie in der Kosmetik, da zeigt sich eine Schwierigkeit, nämlich den Strahl und damit die Kältewirkung auf eine gewünschte Hautstelle zu dirigieren. Besonders im Gesicht, in der Nähe der Augen, macht sich dieser Uebelstand unangenehm bemerkbar. Der Firma Louis & H. Loewenstein, Berlin N., gelang es nun eine Anordnung zu schaffen, die jetzt allen Anforderungen entspricht. Der kleine Apparat besteht aus einem metallenen Trichter, der zum Schutz der haltenden Finger gegen die Kälte mit wärmeisolierendem Material umgeben ist. Durch eine am Boden des Trichters mündende Röhre wird durch ein Gebläse ein Luftstrom zugeführt, der aus einer etwas darüber gelegenen spaltförmigen Oeffnung entweichen kann. Um das Herauspritzen und Regurgitieren des Aethylchlorids zu verhindern, ist über der Trichteröffnung eine etwa halbmondförmige Glasplatte angebracht. Endlich ist am oberen Rande ein Halter für die Aethylchloridtube befestigt, so daß der Arzt ohne Assistenz mit beiden Händen das kleine Instrumentarium zur Anwendung bringen kann. (M. m. W. 1914 Nr. 29.)

Ueber ein neues zerlegbares Speculum.*) Von Dr. Salomon (Berlin). Verf. hat sich bemüht, ein neues Spekulum zu konstruieren, das besonders dem praktischen Arzt zugute kommt, zumal es ihn in die Lage versetzt, auch ohne Assistenz kleine gynäkologische Operationen, wie Ausräumungen, Kürettements oder das Einsetzen von Laminariastiften leicht auszuführen. In seiner Konstruktion ähnelt das Spekulum dem Cuscotschen. Es besteht aus zwei miteinander verbundenen und mit Griffen versehenen Rinnen, einer oberen kürzeren und einer unteren längeren. Diese beiden Rinnen werden im geschlossenen Zustande in die Vagina eingeführt und durch eine Schraubenvorrichtung auseinandergedrängt, bis sich die Portio einstellt. Nun faßt man die Portio mit Kugelzangen und zieht den in einer Rinne laufenden oberen Spekulumteil heraus. Hierdurch gewinnt man beim Operieren in der Vagina mehr Raum und kann nun bequem den Uterus auf der hinteren Rinne hervorziehen. Will man eine gute Uebersicht haben, so führt man wieder die obere Rinne getrennt in die Vagina ein und läßt sie an einem daran befestigten Griff von der Patientin festhalten, was sehr leicht und gut geht. Da die Rinnen ganz zusammenzustellen und die Griffe infolge von Scharnieren umklapp-

*) Zu beziehen durch die Firma H. Windler-Berlin.

bar sind, so ist das Spekulum für den praktischen Arzt sehr handlich und leicht transportierbar. (B. kl. W. 1914 Nr. 25.)

Bajonettförmige Uterussonde und Aetzstäbchen. Von Dr. W. Engelmann, Bad Kreuznach. Der Griff der Sonde ist bajonettförmig gestaltet, analog entsprechenden Instrumenten in der Ohren- und Nasenpraxis. Die das Instrument führende Hand bleibt somit außerhalb des Gesichtsfeldes. In der Ohren- und Nasenpraxis spielt bei der Anwendung von Spiegel und künstlicher Beleuchtung bei den engen Raumverhältnissen der betreffenden Körperöffnungen und -höhlen dies Moment eine größere Rolle. Doch auch in der gynäkologischen Praxis wird man sich manche Sondierung unter bequemer Augenkontrolle mit Hilfe der Modifikation erleichtern, manche Manipulationen, Aetzen, Auswischen u. dgl. mit diesem verbesserten Instrument sicherer und schonender für die Pat., besonders in der Sprechstundenpraxis, gestalten können, als bei Anwendung der biegsamen Sonden, welche diese Handlichkeit nie haben können. Das Instrument ist als Sonde, dann vielleicht am besten mit Knopfansatz oder als Watteträger gedacht, dann mit Einriefungen zum Festhalten der Watte, wie beispielsweise die Ohrenwatteträger. Es ist zum Biegen eingerichtet. Die Firma B. B. Cassel, Frankfurt a. M., stellt das Instrument her.

(Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 23.)

Eine unzerbrechliche Injektionskanüle. Von Dr. Thilenius d. J. in Bad Soden (Ts.). Die Kanüle hat die Bezeichnung „Sodener Kanüle“ erhalten und wird von der Firma Stoss Nachf., Wiesbaden, Taunusstraße, zum Preise von 2,50 Mk. geliefert; in Reinnikel 4,50, in Platiniridium 7,50 Mk. Es sei nicht unerwähnt, daß Verf. keinerlei materielles Interesse an dem Verkauf der Kanüle hat.

(D. m. W. 1914 Nr. 25)

Kombination von Harnröhrenspritze mit Flüssigkeitsbehälter in Taschenformat. Von Dr. N. Körber in Leipzig. Die Flasche ist aus dünnem Metallblech angefertigt und zum Schutz gegen die zur Injektion gebrauchten Metallsalzlösungen innen mit einer Zelluloidmembran ausgekleidet. Das Gewicht beträgt etwa 90 g, also weniger als eine gleichgroße Glasflasche. Die Außenmaße sind annähernd 10 $\frac{1}{2}$ cm Höhe, 8 cm Breite und 1,7 cm Tiefe, das Volumen beträgt etwa 150 ccm, eine Menge, die auch für den stärksten Tagesbedarf ausreicht. Die Flasche ist nicht dicker als eine mäßig gefüllte Briefftasche und läßt sich bequem in jeder Tasche unterbringen. Besonders dazu geeignet ist die Rücktasche der Hosen, da die Flasche derart gewölbt ist, daß sie sich der

Rundung des Körpers vollkommen anlegt. In dieser Tasche ist das Gefäß lange nicht so stark bemerkbar wie etwa ein Schlüsselbund oder ein Portemonnaie. In die Flasche paßt durch einen Schraubenverschluß die Injektionsspritze, deren Kolbenstange kantig ist, wodurch das Heraus-schrauben der Spritze erleichtert ist. Die Spritze faßt 10—11 ccm. Die Anwendungsweise ist äußerst einfach. Die Spritze wird erst durch Vierteldrehung in ihrem Gewinde gelockert, dann aufgezogen und erst jetzt völlig herausgeschraubt. In entsprechender Weise wird sie wieder aufgefüllt. Flasche und Spritze sind von Zeit zu Zeit, besonders vor Einfüllung einer neuen Injektionsflüssigkeit, mit destilliertem Wasser zu reinigen. Die Injektionen können bequem und diskret in der vom Arzt täglich für notwendig erachteten Anzahl in der Toilette vorgenommen werden. Durch das ständige Mitsichtragen der Kombination wird die Flüssigkeit durch die Körperwärme auf eine erhöhte Temperatur gebracht und gehalten, was auch sehr vielen Patienten sehr erwünscht sein wird. Nach Erfüllung ihres Zweckes kann die Flasche auch noch als Leibwärmeflasche zweckmäßige Verwendung finden. Die Kombination wird in 2 Ausführungen (3,50 Mk. und 6 Mk.) von der Firma William Schubert-Leipzig hergestellt und vertrieben. (D. m. W. 1914 Nr. 6.)

Neue Bücher.

Chirurgische Diagnostik in Tabellenform. Von Dr. J. Cemach München, J. F. Lehmann, Preis: 14 Mk. Die „Differentialdiagnostischen Tabellen der inneren Krankheiten“ des Autors sind seinerzeit sehr gut aufgenommen worden und haben sich sicher als Ratgeber bewährt. In ähnlicher Weise hat der Autor jetzt in 100 Tabellen das Gebiet der Chirurgie bearbeitet, und zwar so geschickt bearbeitet, daß Aerzten und Studierenden hier ein vortreffliches Nachschlagewerk für die Orientierung, namentlich hinsichtlich der Differentialdiagnose, geboten wird. Der Stoff ist sehr übersichtlich angeordnet, und jedes Gebiet, das tabellarisch in seinen Unterscheidungsmerkmalen für die einzelnen Affektionen gekennzeichnet wird, ist durch ausgezeichnete Abbildungen gleichzeitig dem Leser noch näher gerückt. Der Verf. hat auf diese Illustrationen mit Recht großes Gewicht gelegt, und die 440 schwarzen und farbigen, auf 112 Tafeln dargebotenen Bilder tun das Ihrige, um das Werk zu einem wirklich für die Praxis in hohem Grade brauchbaren zu machen.

In gleichem Verlage erschien als Band XII der „Medizinischen Atlanten“: **„Die Fadenpilzkrankungen des Menschen“** von Dr. R. C. Stein. Ueber die Vortrefflichkeit dieser Atlanten braucht wohl kein Wort mehr gesagt zu werden. Auch der vorliegende bringt geradezu tadellose Abbildungen, die uns die Einzelheiten so plastisch vor Augen führen, daß wir oft beinahe glauben, die affizierten Körperpartien wirklich vor uns zu haben. 78 Abbildungen sind es, die der Verf. uns bietet, und der knappe begleitende Text ist so rasch zu fassen, daß eine augenblickliche Orientierung über alle wichtigen Momente möglich ist.

Diagnostisch - therapeutisches Vademecum. Von Dr. H. Schmidt, Dr. L. Friedheim, Dr. A. Lamhofer u. Dr. J. Donat. Leipzig, J. A. Barth, 1914. Preis: Geb. 6 Mk. 1895 die 1. Auflage, jetzt die zwölfte! Dies „Viermännerbuch“ hat einen Siegeslauf durch die medizinische Welt gemacht wie selten ein fachwissenschaftliches Werk. Und dieser Erfolg war ein wohlverdienter. Welch reicher Inhalt auf kleinem Raum! In Hülle und Fülle diagnostische und therapeutische Angaben und Ratschläge für alle Gebiete der Medizin — ein trefflicher Führer und Berater für Aerzte und Studierende. Das kleine Buch wird sicher noch manche Auflage erleben.



Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 5.— aussch. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voß in Leipzig und Hamburg.

XXIV. Jahrgang

Nr. 2.

November 1914

Auszüge.

Aetiologisches.

Magenkrebs, Unfallfolge. Von Dr. Erwin Frank in Berlin, Gerichtsarzt des Kgl. Oberversicherungsamtes Groß-Berlin. Wie selten bei dieser etwas weiten Fassung des Zusammenhangbegriffes die Mitwirkung einer Verletzung für die Entstehung einer Geschwulst ist, geht daraus hervor, daß nach Thiem höchstens 2% aller Krebse auf vorausgegangene Verletzungen zurückzuführen sind, bei den Sarkomen beträgt der Prozentsatz etwa 5%. Um so wichtiger war es daher, daß für die Begutachtung bestimmte Grundsätze festgelegt wurden, nach denen im einzelnen Fall zu verfahren war. Thiem als der hierzu in erster Linie Berufene unterzog sich dieser Aufgabe, und so werden jetzt allgemein die nachbezeichneten Forderungen als Vorbedingung für die Annahme eines Zusammenhangs von Unfall und Geschwulstbildung angesehen.

1. Eine gewisse Erheblichkeit des Unfallereignisses. Es müssen entgegen den „mikroskopischen Verschiebungen“ Löwensteins sofortige, unseren unbewaffneten Sinnen erkennbare Verletzungsfolgen vorhanden sein.

2. Gewalteinwirkung und Geschwulstbildung müssen örtlich zusammentreffen.

3. Die Forderung von Brückenerscheinungen zwischen Unfall und den ersten Verletzungsfolgen einerseits und dem Auftreten von Geschwulsterscheinungen anderseits. Ein Zusammenhang der Krebsgeschwulst mit dem Unfall ist dann recht unwahrscheinlich, sobald ein Bindeglied zwischen dem Unfall und den ersten An-

zeichen der Krebsentwicklung länger als zwei Jahre hindurch vollkommen fehlt.

Der 60jährige Kahnführer P. hatte am 9. Dezember 1912 beim Abstoßen seines Kahnes sich soweit über die Brüstung gebeugt, daß er das Gleichgewicht verlor und mit der linken Brustseite mit großer Gewalt auf den Rand der Brüstung und gleichzeitig auf die Stange, mit der er sich abstieß, aufschlug. Als direkte Folgen des Unfalles wurden noch an demselben Tage durch den behandelnden Arzt Dr. Sp. die nachbenannten Veränderungen festgestellt: 1. Bruch der linken sechsten und vielleicht auch siebenten Rippe vorn in der Gegend des Rippenbogens mit lauter Krepitation, starkem Bluterguß und Luftaustritt unter die Haut (Hautemphysem) infolge gleichzeitiger Verletzung des Brustfells und der Lunge. 2. Starke Quetschung der linken fünften bis achten Rippe in der Gegend der Warzenlinie. — P. setzte sofort seine Arbeit aus und begab sich in ärztliche Behandlung, in der er, abgesehen von einer kurzen Beobachtung in der Kgl. Charité zu Berlin, vom 12. bis 18. Juli 1913 verblieb. Nach Abheilung der Rippenverletzungen bestand dauernd eine auffällige Schmerzhaftigkeit, die in der Gegend des linken vorderen Rippenbogens am ausgesprochensten war und für die sich eine Erklärung schließlich nicht mehr ausfindig machen ließ. Der „bis zu seinem Unfall durchaus arbeitsfrohe und lebensfrohe P.“, der auch vorher ein vollwertiger Arbeiter und nie krank gewesen war und „die schon für jüngere Leute recht anstrengenden Arbeiten auf den Kähnen der Steintransport-Gesellschaft immer anstandslos ausgeführt hatte“, wurde überhaupt nicht mehr gesund. Er magerte ab und kam mehr und mehr herunter. Vom April 1913 ab waren es Bruststiche und Atemnot, die als neue Erscheinungen hinzutraten und anfänglich nur der gleichzeitig nachweisbaren Gefäßverkalkung und Lungenblähung zugeschrieben wurden. Wie Dr. Sp., der behandelnde Arzt, angibt, fühlte er nun zuerst im Juni 1913, d. h. etwa sechs Monate nach dem Unfall, unterhalb des linken Rippenbogens eine noch recht undeutliche Härte. Diese Stelle, die der Gegend des Rippenbruchs entsprach, war nach seiner Angabe überhaupt nie ganz schmerzfrei geworden. Es schloß sich dann ein auffällig rasches Anwachsen der Geschwulst mit zunehmendem Kräfteverfall an, die Diagnose Magenkrebs wurde damit gesichert. Am 13. November 1913 erlag P. diesem Leiden. Die durch Dr. Sp. ausgeführte, auf die Herausnahme des Magens beschränkte Sektion ergab Folgendes: Der Magen ist in seiner ganzen vorderen Hälfte krebsig entartet und mit den darüber liegenden Teilen des Netzes verwachsen. Eine histologische Untersuchung der Geschwulst fand leider nicht statt. — Betrachten wir diesen durch die Frequenz

und Aufeinanderfolge der Symptome immerhin recht charakteristischen Fall epikritisch, so ergibt sich vor allem, daß die von Thiem geforderten Vorbedingungen, wie sie vorstehend angeführt wurden, voll gegeben sind. Das Trauma war sehr schwer, und der unterhalb des linken Rippenbogens zuerst wahrgenommene Tumor entsprach genau der Bruchstelle der Rippen. Auch der Zeitraum vom Unfall bis zur ersten sicheren Feststellung der Geschwulstbildung muß mit etwa sechs Monaten als genügend angenommen werden. Wollte man ihn doch als etwas kurz ansehen, so ist dagegenzuhalten, daß der Krebs in diesem Falle anscheinend ein recht bösartiger, schnell wachsender war. Denn von seinem ersten nachweisbaren Auftreten bis zum Tode des P. verstrichen nur etwa 5 Monate! v. Mikulicz hat aber aus 458 Fällen nicht operierten Magenkrebses von den ersten wahrnehmbaren Erscheinungen bis zum Tode eine mittlere Dauer von wenigen bis zu 38 Monaten, im Mittel von etwa $11\frac{1}{2}$ Monaten, berechnet. Anderseits darf nicht außer acht gelassen werden, daß P. bis zum Unfalltage, wie dies vorstehend nach den Angaben des behandelnden Arztes auseinandergesetzt wurde, ein vollwertiger, gesunder Arbeiter war, dem nichts fehlte, der vor allem bisher nie über Magenschmerzen oder Beschwerden geklagt hatte. Wollte man demnach auch einwenden, der Magenkrebs habe zur Zeit des Unfalles gewiß schon in seiner Anlage bestanden, das Zusammentreffen mit dem Unfall sei somit mehr zufällig, die aktenkundigen Vorgänge sprechen doch bestimmt dagegen, vor allem die Angaben des behandelnden Arztes, dem die Persönlichkeit des P. und der Umfang seiner Tätigkeit, wie dies aus seinem Gutachten hervorgeht, näher bekannt waren. Die T. Berufsgenossenschaft folgte diesen Erwägungen und erkannte den ursächlichen Zusammenhang des an Magenkrebs erfolgten Todes des P. mit dem Unfall an. Es wäre dies somit einer der wenigen in der Literatur bekannten Fälle, in denen die Aufeinanderfolge von Unfall und Geschwulstbildung mit allen ihren für die Beweisführung notwendigen Erfordernissen in einer Weise zwanglos sich ergibt, daß nicht nur der für die Rechtsprechung noch unentbehrliche Hilfsbegriff der „hohen Wahrscheinlichkeit“ seine Berechtigung findet, sondern darüber hinaus auch klinisch wissenschaftlich gegen die Annahme des ursächlichen Zusammenhanges kaum etwas eingewandt werden kann. Steht doch, solange das eigentliche Wesen der Geschwulstbildung noch in Dunkel gehüllt ist, das Trauma allen anderen für die Entwicklung von Tumoren bisher verantwortlich gemachten Ursachen völlig gleichwertig gegenüber.

(D. m. W. 1914 Nr. 19.)

Behinderte Nasenatmung und Lungentuberkulose. Von Dr. Gustav Wotzilka. Aus der Deutschen otorhinologischen Universitätsklinik in Prag. Das Resultat der Untersuchungen spricht ganz deutlich dafür, daß Nasenerkrankungen, speziell die zu behinderter Nasenatmung führenden, in der Aetiologie der Lungentuberkulose eine große Rolle spielen. Während von 100 nicht Tuberkulösen nur 13 nasenkrank befunden wurden, waren es unter 100 Phthisikern 45, also beinahe die Hälfte. Von 45 Nasenerkrankungen bei den Phthisikern bedingten 32 eine behinderte Nasenatmung. Obwohl die Rhinitis atrophicans nicht die Nasenatmung behindert, so kann sie doch auch ein aetiologischer Faktor sein. Einerseits muß man daran denken, daß die Rhinitis atrophicans meistens das Endstadium einer chronischen, früher vielleicht mit Hyperplasie einhergegangenen Rhinitis ist, die ja eine Zeitlang die Nase verlegt haben kann; andererseits führt die Rhinitis atrophicans zu abnormer Weite der Nasenhöhle und zu Trockenheit der Nasenschleimhaut, wodurch natürlich das Festhalten der in der Luft suspendierten Bazillen stark beeinträchtigt wird, besonders deshalb, weil die Atrophie am meisten an der unteren und mittleren Muschel ausgeprägt zu sein pflegt, also gerade in der Region, die der Luftstrom hauptsächlich passiert und in welcher unter normalen Verhältnissen gerade durch die vorderen Enden der unteren und mittleren Muschel die meisten Verunreinigungen zurückgehalten werden. Die Schädlichkeit wird dadurch um so größer, als durch hochgradige Atrophie der Muscheln fast der ganze Luftstrom durch die Region der atrophischen Muschel streicht. Aus dem erwiesenen aetiologischen Zusammenhange behinderter Nasenatmung mit Lungentuberkulose ergeben sich für die Praxis zwei Folgerungen, eine für die Prophylaxe und eine vielleicht für die Therapie. Als Prophylaxe gegen die Lungentuberkulose sollte im allgemeinen viel mehr Gewicht auf eine vollständige Intaktheit der Nasenatmung gelegt und Schädigungen derselben dürften nicht vernachlässigt werden. Bei Aufnahme des Allgemeinstatus eines Menschen sollte immer auch die Nasenatmung Berücksichtigung finden. Besonders bei Leuten, die viel in verunreinigter Luft leben müssen, sollte sehr darauf geachtet werden, vor allem aber bei den Angehörigen oder den Pflegepersonen von Phthisikern, die mit ihnen dieselben Wohnräume benutzen müssen. Es gehört mit zu den Pflichten des behandelnden Arztes, dafür Sorge zu tragen, daß jede Behinderung der Nasenatmung bei Personen der Umgebung der Kranken sobald als möglich beseitigt werde.

Was die Therapie anbelangt, so kann man wohl erwarten, daß die Beseitigung der schädlichen Mundatmung für die Lungen-

erkrankung nicht ohne Belang sein wird. Besonders Folgendes muß man bedenken: Jeder, der nicht gut durch die Nase atmen kann, schläft mit offenem Munde. Im tiefen Schlaf aber fällt dann wie in der Narkose der Unterkiefer herab, und die Zunge sinkt nach hinten. Dadurch wird eine Stenosenatmung erzeugt, und daß diese mit ihren Folgen, wie Stauung in den Lungen und geringere Ventilation derselben, den Krankheitsprozeß nicht günstig beeinflussen, ist ohne Zweifel. Es wäre also zu verlangen, daß jeder Fall von Lungentuberkulose auch rhinologisch untersucht wird. Besonders in leichten, beginnenden Fällen müßte man durch Wiederherstellung der Nasendurchgängigkeit und dadurch Beseitigung der Mundatmung therapeutische Erfolge zu erreichen suchen. An schwereren, fortgeschrittenen Fällen allerdings dürften größere Eingriffe nicht oder nur mit äußerster Vorsicht vorgenommen werden. (M. Kl. 1914 Nr. 22.)

Scharlach und Erythema nodosum. Von Prof. Dr. H. Eichhorst (Zürich). Verf. hat schon mehrfach sich nach Scharlach Erythema nodosum entwickeln gesehen, so daß man berechtigt ist, zu den, wenn auch selteneren, Ursachen eines Erythema nodosum auch die Scarlatina zu rechnen. (M. Kl. 1914 Nr. 25.)

Lues und Magen-Darmerkrankung. Von Erich Schneider. Aus der 2. medizinischen Klinik der Kgl. Charité zu Berlin. Zusammenfassend kann Verf. sagen, daß chronische Magen- und Darmbeschwerden aufluetischer Basis nicht selten sind, muß aber betonen, daß weitaus die Mehrzahl aller dieser Erkrankungen, auch wenn sie ohne manifeste sonstige Erkrankung des Zentralnervensystems bestehen, auf nervösem Wege zustande kommen. Namentlich bei ulkusähnlichen oder mit Achylie einhergehenden unbestimmten chronischen Magen-Darmstörungen ist an Lues zu denken. Sind gleichzeitig gesteigerte Sehnenreflexe da, so gewinnt diese Diagnose an Wahrscheinlichkeit. Auch wenn zurzeit keine tabischen oder überhaupt zerebrospinalen Symptome bestehen, ist das Eintreten solcher in der Mehrzahl der Fälle zu erwarten, namentlich wenn Schmerzen im Vordergrund der Erkrankung stehen. Die Wassermannsche Reaktion fällt bei unzweifelhafterluetischer Erkrankung des Digestionstraktus nicht selten negativ aus. (Prag. m. W. 1914 Nr. 26.)

Das Erysipel in der Aetiologie des Diabetes mellitus. Von Dr. A. Welz. Aus der medizinischen Klinik des Städt. Kranken-

hauses in Frankfurt a. M. „In beiden Fällen, über die wir hier berichtet haben, wird in der Rekonvaleszenz von schwerem Erysipel ein Diabetes festgestellt, und zwar im ersten Falle ein verhältnismäßig leichter, bald wieder abklingender, im zweiten Falle ein fortschreitend schwerer Krankheitsverlauf. Warum es unter dem Einflusse der Infektion bei den beiden Männern gerade zum Ausbruch des Diabetes gekommen ist, darüber läßt sich, so lange man in das Wesen der allgemeinen oder zeitlichen Krankheitsanlage keinen Einblick hat, nichts Bestimmtes aussagen. Eine gewisse Disposition zu der Erkrankung werden wir wohl in diesen Fällen annehmen müssen; auch in den übrigen, in der Literatur niedergelegten Fällen, in denen der Diabetes nach anderen Infektionskrankheiten aufgetreten ist, finden wir häufig hereditäre Belastung, teils diabetische Angehörige, teils Gicht oder Adipositas, manchmal auch nervöse Störungen oder psychische Labilität. v. Noorden bemerkt bei der Erwähnung, daß Infektionskrankheiten zu transitorischer Schädigung des Pankreas führen können: „In manchen Fällen dürften auch dauernde Schädigungen des Pankreas und damit ein schwerer fortschreitender Diabetes auf solche Ursachen (Infektionskrankheiten) zurückzuführen sein“, und N a u n y n formuliert seine Ansicht hierüber folgendermaßen: „Es handelt sich um eine in der Mehrzahl der Fälle angeborene, weil erbliche Anlage, eine Schwäche des Zuckerstoffwechsels, die früher oder später unter Konkurrenz anderer Ursachen oder ohne solche zu Insuffizienz des Zuckerstoffwechsels führen kann“. Wir dürfen in dem Erysipel unserer beiden Fälle wohl die exogene Krankheitsveranlassung sehen.“ (M. m. W. 1914 Nr. 8.)

Diagnostisches.

Zur Nylanderschen Zuckerprobe. Von Sanitätsrat Dr. Mende in Gottesberg. „Wenn man bei der Nylanderschen Zuckerprobe der Vorschrift entsprechend den Harn jedesmal mehrere Minuten kochen läßt, so wird man gar nicht selten auf Harne treffen, die zwar nicht die charakteristische Schwarzfärbung, wie beim positiven Ausfall der Reaktion, wohl aber eine leichte Graufärbung zeigen. Bei genauer Betrachtung bei auffallendem Lichte sieht man, daß diese Graufärbung von feinsten punktförmigen Trübungen herrührt. Schüttet man diesen Harn nach dem Kochen in ein Zentrifugenröhrchen und zentrifugiert während einer Minute, so klärt sich die überstehende Flüssigkeit völlig auf, und im unteren Abschnitt des Zentrifugenröhrchens zeigt sich eine größere oder geringere Menge eines meist tiefschwarzen Sediments. Nachdem ich auf diese Er-

scheinung aufmerksam geworden war, habe ich es nicht unterlassen, in allen Fällen, wo eine Untersuchung des Harns auf Zucker angezeigt erschien, den Harn 2—3 Minuten zu kochen und dann zu zentrifugieren, und ich machte dabei die weitere Beobachtung, daß in einer größeren Zahl von Fällen dieses tiefschwarze, manchmal nur grauschwarze Zentrifugensediment eintrat, in denen der Harn nach dem dreiminutenlangen Kochen keine graue Trübung, sondern lediglich die bekannte gelbe Trübung zeigte, wie man sie bei völlig zuckerfreien Harnen zu sehen gewohnt ist. Diese Harnstamnten in einem Teil der Fälle von Personen, die kurze Zeit vor der Untersuchung reichlich reinen Zucker oder zuckerhaltige Nahrung zu sich genommen hatten und bei denen diese Erscheinung verschwand, wenn für einige Zeit der Genuß von reinem Zucker vermindert oder aufgehoben wurde. Ein Beweis, daß die oben gekennzeichnete Schwarzfärbung als vollgültige Reaktion auf ausgeschiedenen Zucker zu betrachten ist. Um festzustellen, bis zu welcher Konzentration man auf diese Weise den Zucker im Harn nachweisen kann, wurden verschiedene Versuche angestellt. Nach Lenhartz zeigt die Nylandersche Methode in gewöhnlichen Harnen noch einen Zuckergehalt von 0,05 ‰, bei konzentrierteren erst von 0,1 ‰ an. Nach einer Reihe von Versuchen, erst mit destilliertem Wasser, dann mit 1 ‰ iger und 5 ‰ iger Kochsalzlösung und schließlich mit verschiedenen Harnarten, konnte ich feststellen, daß es auf diese Weise gelingt, noch einen Zuckergehalt von 0,01 ‰ in günstigen Fällen nachzuweisen. Der Zentrifugenniederschlag war auch dann noch in vielen Fällen tiefschwarz, in einzelnen grauschwärzlich. (M. m. W. 1914 Nr. 20.)

Zur Technik der Indikanprobe nach Jaffé. Von Dr. M. Rhein. Aus der med. Universitätsklinik zu Straßburg i. Els. Bei der Anstellung der Indikanprobe nach Jaffé stellt die geringe Haltbarkeit der vorgeschriebenen Chlorkalklösung einen Übelstand dar. Natriumhypochlorit und Chlorwasser, die man an Stelle des Chlorkalks empfohlen hat, sind ebenso wenig beständig. Dagegen besitzen wir in Antiformin eine infolge Alkalizusatzes sehr haltbare Lösung von Natriumhypochlorit. Beim Einträufeln von Antiformin in den zu gleichen Teilen mit konzentrierter Salzsäure gemischten Harn wird das Natriumhydroxyd sofort neutralisiert und aus dem Natriumhypochlorit das Chlor ausgetrieben, so daß die Reaktion sich genau so gestaltet, wie wenn man Chlorwasser zugesetzt hätte. Zur Anstellung der Reaktion beginnt man mit 1 Tropfen konz. Antiformin und fügt dieses dann weiterhin tropfenweise bis zum optimalen Ausfall der Reaktion hinzu. Bei Kontrollproben mit frisch bereiteter

gesättigter Chlorkalklösung stellte sich heraus, daß meist einige Tropfen Antiformin mehr nötig waren als Chlorkalkwasser. Mithin ist die Gefahr einer Überoxydierung geringer als bei Anwendung der Chlorkalklösung. Zur guten Konservierung des Antiformins empfiehlt es sich, dasselbe in braunen Flaschen mit Stopfen aus Gummi oder Glas (leicht mit Paraffinöl eingefettet) aufzubewahren. (M. m. W. 1914 Nr. 27.)

Zum Nachweis okkultur Blutungen in den Fäces. Von Dr. Arthur Wagner (Aus der chirurg. Abteilung des allg. Krankenhauses in Lübeck). Verf. verwandte vor einigen Jahren bei okkulten Blutungen neben anderen Blutproben die Modifikation der Adlerschen Benzidinprobe nach Schlesinger-Holst: Man bringt eine Messerspitze Benzidin (Merck oder Kahlbaum) in ein reines Reagenzglas, gießt ca. 2 ccm Eisessig darüber und fügt schließlich etwa 20 Tropfen einer 3%igen Wasserstoffsuperoxydlösung hinzu. Diese Mischung wird mit 2—3 Tropfen einer gekochten Fäcesaufschwemmung versetzt. Bei Gegenwart minimaler Blutungen tritt sehr bald eine grünblaue bis tiefblaue Färbung ein. Wer die Benzidinprobe in dieser Modifikation ausführt, wird des öftern nicht klar sein, ist die Probe positiv oder ist sie es nicht. Verf. versuchte deshalb 1907 schon einen anderen Weg. Er stellte sich dünne Objektträgerblutpräparate her und goß auf diese die Benzidineisessigwasserstoffsuperoxydlösung und erhielt im Moment eine prachtvolle tiefblaue Färbung. Nun ging Verf. weiter und strich von Teerstühlen bei sicherem Ulcus mit einem Holzstäbchen (Streichholz) etwas aus der Mitte der Fäces über einen gewöhnlichen sauberen Objektträger aus und goß hierauf ebenfalls die Benzidinlösung — mit demselben Erfolg. Stets entstand ein prachtvolles Blau. So entstand die Benzidinprobe, die Verf. als die trockene im Gegensatz zu den feuchten Benzidinproben, bei denen entweder eine Wasseraufschwemmung oder ein Ätherextrakt erforderlich ist, oder besser als die Objektträgerbenzidinmethode bezeichnen möchte. Diese hat gewisse Vorzüge, und zwar:

1. Sie ist außerordentlich rasch ausführbar und, da man sich in der Regel mit einer einmaligen Stuhlblutprobe nicht begnügen darf, kann sie sehr leicht öfters ausgeführt werden. Die Herstellung eines Ätherextraktes bzw. einer Wasseraufschwemmung fällt weg. Man bedarf nur eines reinen Reagenzglases mit der Benzidineisessigwasserstoffsuperoxydlösung, eines sauberen Objektträgers und eines Stäbchens aus Holz oder Glas, mit dem man bei konsistentem Stuhl am besten etwas aus der Mitte entnimmt und auf den Objektträger aufstreicht. Frische Blutungen, z. B. durch Hämor-

rhoiden, die man in der Regel schon durch die Inspektion erkennt, kann man durch einen Blick auf diesen Objektträger unter dem Mikroskop erkennen. Die Probe ist daher insbesondere auch für die Sprechstunde geeignet.

2. Man läuft nicht Gefahr, wie bei der sonst üblichen Benzidinprobe, daß man eventuell durch unreine Gefäße (Porzellanschälchen, Pistill usw.), die Blutspuren enthalten, falsche Resultate erhält.

3. Die Probe läßt sich absolut sauber ausführen, man beschmutzt sich in keiner Weise die Finger, kann daher auch als Chirurg die Methode jederzeit ausführen.

4. Die Probe ist außerordentlich empfindlich, empfindlicher als die Adlersche Benzidinprobe oder ihre Modifikation nach Schlesinger und Holst.

5. Man ist niemals im Zweifel, ob die Probe positiv oder negativ ist, wie bei der Schlesinger-Holstschen Modifikation. Stets tritt entweder gar keine Verfärbung ein, oder es tritt mehr oder weniger rasch ein schönes Blau auf. Grünlich oder grünblau kommt niemals vor, weil die mit Kotpartikeln vermischte Flüssigkeit ausgeschaltet ist.

6. Aus der langsamer oder rascher eintretenden Blaufärbung kann man nach längerer Übung gewisse Schlüsse auf die darin enthaltene Blutmenge ziehen. Bei größerem Blutgehalt tritt die Reaktion momentan ein. Wer sich die Reaktion vor Augen führen will, der benutze ein dünn ausgestrichenes Blutpräparat, gieße die Lösung darauf, und er wird diese einfache klare Probe nicht mehr missen wollen. (Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 28.)

Beiträge zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose. Von Erich Stern (Aus der Lungenheilanstalt Tannenberg im Elsaß).

1. Die Diagnose der Lungentuberkulose wird erleichtert und vorzeitig, im Stadium der Bronchialdrüseninfektion, ermöglicht durch richtige Würdigung einer Reihe von subjektiven und objektiv nachweisbaren Störungen, wie dies bereits von der Anämie und dyspeptischen Beschwerden — auch die diarrhöischen Stühle sind zu erwähnen — bekannt ist.

2. Von seiten des Zirkulationssystems weisen Tachykardie, die auch als sogenannte paroxysmale Tachykardie auftreten kann, sowie eine leichte Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts auf Tuberkulose hin.

3. Schmerzen in der Schultergegend oder im Abdomen sind oft auf eine beginnende Tuberkulose der Thoraxorgane zu beziehen; sie sind ein Zeichen von bestehender Pleuritis.

4. Von besonderer Wichtigkeit ist das Kehlkopfsymptom, das in der Parese des der Lungenaffektion gleichseitigen wahren Stimmbandes, verbunden mit leichter chronischer Laryngitis, besteht.

(B. kl. W. 1914 Nr. 30.)

Lupus syphiliticus. Von Dr. O. Heinemann (Berlin). Dieser Lupus kann große Ähnlichkeit haben mit dem Lupus vulgaris; einzelnes weicht aber doch ab von diesem, und das ist für die Diagnose sehr wichtig, wie die Beobachtung des Verfs. zeigt. Auch hier war an der Nase das Bild so, daß 6 Jahre lang die Aerzte die Pat. mit antilupösen Mitteln behandelt hatten — ohne Erfolg! Verf. entdeckte an der Nasenwurzel eine scharf begrenzte Ulzeration mit steil abfallenden Rändern, wie mit einem Locheisen herausgeschlagen! Dieser Befund und die Renitenz gegen jede antilupöse Therapie wirkten auffallend. Verf. gab Jodkali (1 g pro die), und bald setzte eine rapide Heilungstendenz ein.

(B. kl. W. 1914 Nr. 36.)

Euphthalmin als diagnostisches Mydriaticum bei alten Leuten. Von Ernst Schmerl (Aus der Universitäts-Augenklinik der Kgl. Charité Berlin). Euphthalmin wurde bei mehr als 150 Patienten über 70 Jahren angewandt. Bei einer ein- bis zweimaligen Einträufelung von 5%igem Euphthalmin zu je 2 Tropfen innerhalb von 5 Minuten trat nach $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Stunden eine meist maximale, bei hochgradiger Miosis eine nicht maximale, aber vollständig ausreichende Mydriasis auf, die höchstens 8 Stunden dauerte. Verf. kann nach seinen Erfahrungen vom Euphthalmin sagen:

1. Es erzeugt innerhalb $\frac{1}{2}$ Stunde eine genügende Mydriasis, die höchstens 8 Stunden anhält.
2. Es läßt den intraokularen Druck unverändert.
3. Es ruft in jüngerem Alter eine sehr geringe Akkomodationsparese hervor, die praktisch nicht von Bedeutung ist, da sie nur bis zu 8 Stunden dauert.
4. Es läßt das Epithel der Kornea intakt, bewirkt keine Hyperaemie und wird völlig schmerzlos eingeträufelt.
5. Es ist ungiftig in therapeutischen Dosen.

Der Preis ist zurzeit für Euphthalmin 0,1 = 0,45 Mk., Homatropin 0,1 = 1,80 Mk., kleinere Menge nicht unter 1,25 Mk. Da für Homatropin die Lösung 0,1:10 in Frage kommt, für Euphthalmin 0,5:10 (höchstens bei jüngeren Leuten 0,3:10,0), so stellt

sich das Euphthalmin zurzeit sogar noch höher als das Homatropin, bekanntlich das teuerste Mittel in der Augenheilkunde. Auch bei Engrospreis, Euphthalmin 0,1 = 0,27 Mk. also 0,5 = 1,35 und Homatropin 0,1 = 1,23, ist Euphthalmin immer noch teurer. Ohne entsprechende Herabsetzung des Preises dürfte daher eine umfangreiche Anwendung als Ersatz des Homatropin kaum eintreten können. (Wschr. f. d. Ther. d. Aug. 1914 Nr. 22.)

Prognostisches.

Ueber das Blutbild und seine Beziehungen zur Prognose und Therapie der Lungentuberkulose. Von Dr. M. Weiß (Aus der I. medizinischen Abteilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien).

1. Das Blutbild der Lungentuberkulose läßt sich für die Prognose und Therapie dieser Krankheit verwerten.

2. Gute lymphozytäre Reaktion im Beginn und im Verlaufe der Lungentuberkulose ist ein prognostisch günstiges Zeichen, während das Fehlen der Lymphozytenvermehrung bei initialen und der Tiefstand ihres Wertes bei fortgeschrittenen Tuberkulosen im Sinne einer schlechten Prognose spricht.

3. Die Jodbehandlung erscheint geeignet, die Lymphozytenproduktion anzuregen und damit auf den tuberkulösen Prozeß günstig einzuwirken. Als Zeichen der Besserung durch Jodtherapie wurde das Wiederauftreten der Kutanreaktion in drei Fällen vorgeschrittener Lungentuberkulose beobachtet.

4. Die neutrophilen Blutzellen sind für die Prognose weniger zu verwerten als die Lymphozyten. Bei der Progression der Tuberkulose treten reichlicher einkernige und stabkernige Neutrophile auf.

5. Die eosinophilen Zellen verschwinden meist bei ungünstigen Tuberkuloseformen. Doch läßt ihr Erhaltenbleiben keine prognostischen Schlüsse zu. (M. m. W. 1914 Nr. 4.)

Ueber ungewöhnlich lange Latenz der Syphilis und über die Prognose der Erkrankung. Von Dr. Karl Stern, Direktor der Klinik. (Aus der Akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf.) Es werden Fälle von ungewöhnlich langer Latenz der Syphilis mitgeteilt, und im Anschluß daran wird die Prognose der Syphilis erörtert. Es wird hervorgehoben, daß 1. mindestens 50 % aller Syphilitiker keine Sekundärerscheinungen aufweisen, daß 2. von der übrigbleibenden Hälfte ein erheblicher Teil (etwa 34 % aller Tertiärfälle) wohl tertiäre Erscheinungen, aber keine sekun-

dären erkennen läßt. Es wird weiter darauf hingewiesen, daß ein erheblicher Teil an Tabes bzw. Paralyse erkrankt, ebenfalls ohne vorausgegangene Sekundärererscheinungen. Ein weiterer Teil (4 bis 6 % aller Obduzierten) zeigt anatomisch nachweisbare Zeichen der Infektion. Ferner wird gezeigt, daß die Behandlung mit kräftigen Quecksilberpräparaten (besonders Kalomel) geeignet scheint, die Zahl der „Rezidive“ herabzusetzen (auf 9—15 %). Es bleibt aber feststehend, daß mit oder ohne Behandlung in einer verhältnismäßig geringen Zahl der Fälle Rezidive im Sinne von klinisch nachweisbaren äußeren Erscheinungen auftreten. Die überwiegende Mehrzahl der Syphilisansteckungen verläuft als „innere“ Erkrankung. Das Ausbleiben von „Rezidiven“ beweist daher nichts für eine erfolgte „Heilung“.

(D. m. W. 1914 Nr. 8/9.)

Kasuistisches.

Ein Fall von Muskelatrophie nach Verletzung der Art. axillaris. Von Konstantin Molévs. Aus der Universitäts-Poliklinik in Berlin. Frau von 56 Jahren. Vor 2 Jahren Operation eines linksseitigen Mammakarzinoms. Bei Ausräumung der Axillardrüsen angeblich die Art. axillar. verletzt. Klagt über Beschwerden, die im linken Arm zirka 1 Jahr post operationem allmählich einsetzten und immer stärker wurden. Linker Arm blaß, leicht zyanotisch, etwas marmoriert. Arm- und Handmuskeln gleichmäßig atrophisch. In Achselhöhle keine Drüsen. Hand fühlt sich kalt an. Bewegungsfähigkeit des Armes erhalten. Motorische Kraft herabgesetzt. Schnelle Ermüdung. Tonus nicht erhöht. Keine schweren trophischen Störungen in Hand und Nägeln. Der galvanische Strom ruft im linken Arm erst bei stärkeren Strömen KaS-Zuckungen hervor. Sehnenreflexe nicht gesteigert. Zirka 5 Wochen nach Erhebung dieses Status nach plötzlicher Abmagerung und Leberschmerzen Exitus: Karzinommetastasen in der Leber. In der linken Art. axill. langer, alter, festsitzender Thrombus. Verlauf von Art. axill. und Art. radial. normal. Beide im Lumen bedeutend verengt. Nerven der Achselhöhle ohne Verletzung. Der Befund spricht dafür, daß die Atrophie durch die Operation selbst hervorgerufen wurde: Verletzung der Art. axillaris.

(Dissert. Berlin 1913 — Allg. m. Zztg. 1914 Nr. 22.)

Spätlähmung des N. ulnaris. Von Schönhals. 5 Jahre nach einer Verrenkung des Ellbogens entwickelte sich eine isolierte Lähmung des N. ulnaris. Das Röntgenbild ergibt eine Absprengung des Condylus internus. Es besteht die Möglichkeit, daß bei den

exakten und ausgiebigen Bewegungen, die der Militärdienst von dem Manne im Gegensatz zu seinem bisherigen Berufe als Eisenbahnarbeiter verlangte, eine Spannung der Nerven über den Callus und dadurch das Eintreten der auffallenden Spätlähmung bedingt worden ist.
(Berl. militärärztl. Ges. 21. 3. 1914).

Ueber die vikarierende bzw. komplementäre Menstruation.
Von Dr. A. Hirschberg (Berlin). 27jährige Frau menstruierte zuerst im Alter von 11 Jahren. Seit dem 15. Jahre begannen die Mammae zur Zeit der Menses ein wäßriges Sekret abzusondern. Seit dem 17. Lebensjahre kam regelmäßig neben der genitalen Menstruation eine Blutabsonderung aus den Brüsten. Die mammale Blutung kam meist 1—2 Tage vor der genitalen und war mit ziehenden Schmerzen in den Mammae verknüpft; sie hielt auch etwa 6—7 Tage länger an als die genitale Blutung. Aus der rechten Mamma war die Blutung stärker als links; das Blut kam teils auf Druck auf die Mammae, teils spontan bei Bewegungen.

(Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 26.)

Tod durch spontane Gehirnblutung bei hämorrhagischer Diathese. Von Dr. A. Hufschmidt. Aus der inneren Abteilung des städt. Krankenhauses zu Barmen. Die Anamnese ergab Folgendes: Die 23jährige Patientin stammt aus einer gesunden Familie, in der nie Bluter gewesen sind. Früher nie krank, überstand sie im vorigen Jahre eine Fehlgeburt. Näheres darüber ist nicht bekannt. Seit zirka einer Woche blutete sie häufig aus Nase und Mund; kleine Schnitt- oder Stichwunden bluteten stark und lange. Bei leichtem Stoß bekam sie seit dieser Zeit sofort blaue Flecke. Alles dies war früher nie beobachtet worden. Ein Zahnarzt, den sie wegen Zahnfleischblutens aufsuchte, habe ihr vor einigen Tagen gesagt, sie müsse Bluterin sein. Am Vorabend gegen 8 Uhr klagte sie über stärkeren Kopfschmerz, ohne daß irgendein Stoß oder eine sonstige Verletzung sie getroffen hätte. Während der Nacht erfolgte eine stärkere Blutung aus dem Munde. Am anderen Morgen blieb sie zu Bett, weil sie sich nicht wohl fühle und noch Kopfschmerzen habe. Die Zimmerwirtin fand sie dann etwa 3 Stunden später bewußtlos im Bett und rief einen Arzt, der sie ins Krankenhaus überwies. Nachdem also seit ungefähr 8 Tagen Zeichen hämorrhagischer Diathese bemerkt waren, traten etwa 16 Stunden vor Aufnahme ins Krankenhaus und 22 Stunden vor dem Tode Kopfschmerzen auf. Zu diesem Zeitpunkte müssen wir den ersten Beginn der Gehirnhämorrhagie annehmen. Bei der Aufnahme bestand der durch den inzwischen größer gewordenen Blutungsherd

im linken Nucleus lentiformis bedingte komatöse Zustand mit Linksdrehung des Kopfes und starker Außenrotation der Bulbi und mit Lähmung des rechten unteren Fazialis, welche man wohl als indirektes Herdsymptom durch Druck auf die innere Kapsel auffassen muß. Nach weiteren 2 Stunden erfolgte dann der Durchbruch in den linken Seitenventrikel, nachdem vorher durch weitere Druckschädigung der inneren Kapsel der Babinski rechts auftrat. Bei der nun vorhandenen Mydriasis konnte man bestehende und entstehende Retinalblutungen beobachten. Die Blutung in die Augenhöhle bedingte dann Protrusio der Bulbi. Für diese Erkrankung, die hier plötzlich auftrat und nach Gehirnblutung in noch nicht 24 Stunden zum Ende führte, fehlt jegliches aetiologische Moment. Für eine infektiöse Noxe bot sich auch bei der Autopsie kein Anhaltspunkt. Bakteriologische Untersuchungen konnten leider aus äußeren Gründen nicht gemacht werden. Irgendwelche zu dieser Diathese disponierende Faktoren wie schlechte, einseitig zusammengesetzte Ernährung, unhygienische Wohnungsverhältnisse, unhygienische Lebensweise, körperliche oder geistige Ueberanstrengung usw. waren nicht vorhanden.

(M. m. W. 1914 Nr. 17.)

Ein tuberkulöses Geschwür der Zunge beobachtete Stabsarzt Dr. Eugen Brodfield (Krakau). Die Seltenheit der Lokalisation des Geschwürs rechtfertigt die Mitteilung, zumal wegen positiver Wassermannscher Blutreaktion das Geschwür ursprünglich als luetisches angesehen wurde. An dem rechten Zungenrand ein mit Eiter belegter Substanzverlust, der an den feinzackigen Rändern wie ausgenagt aussieht. Besonders an den Rändern, aber auch in der Mitte des Geschwürs sind graugelbe Knötchen vorhanden. Die Mitte bietet dem palpierenden Finger eine größere Resistenz als die Ränder; das Geschwür ist bei Berührung schmerzhaft. Das Sekret des Geschwürs wurde untersucht und zeigte mikroskopisch typische Tuberkelbazillen. Die Diagnose wurde durch den mikroskopischen Nachweis der Tuberkelbazillen im Geschwürssekret mit Sicherheit nachgewiesen. Bei täglicher Pinslung mit Acid. lacticum trat innerhalb 3 Wochen Heilung des Geschwürs unter Narbenbildung ein.

(M. Kl. 1914 Nr. 30.)

Zwei eigenartige Fälle von Tetanie beschreibt Dr. Karl Grahe. (Aus der Medizinischen Klinik des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M.) Sie verdienen besonders wegen der Vereinigung nervöser bzw. hysterischer Symptome mit echter Tetanie Interesse. Fall 1: Eine 9 Jahre zuvor an Gallenstein-

beschwerden leidende Frau bekommt 5 Wochen lang Magenbeschwerden mit Erbrechen, die immer mehr zunehmen. Schließlich Ausbruch tetanischer Krämpfe in Armen, Beinen und Gesicht. Starke Austrocknung des Körpers. Nach Ausheberung leicht zersetzter Speisereste aus dem erheblich dilatierten Magen und Spülung sistieren die Krämpfe, die am andern Tage noch einmal vorübergehend auftreten, unter Kalziumdarreichung, Ruhigstellung des Magens und reichlicher Flüssigkeitszufuhr dauernd verschwinden. Der Magen verkleinert sich schnell, die tetanischen Symptome klingen bald ab. Die Röntgenuntersuchung des Magens zeigt eine spastische Pylorusstenose, die sich durch Papaverin beheben läßt. Funktionsprüfungen des vegetativen Nervensystems geben auf Adrenalin schwachen Ausschlag, auf Pilocarpin stärkere Reaktion. Daß es sich nicht um tetanieähnliche Krämpfe handelte, sondern um das seltene Vorkommnis echter akuter Tetanie bei nervös-spastischem Pylorusverschlusse, ging aus dem noch einige Tage deutlich nachweisbaren Trousseau'schen Phänomen und dem an den ersten beiden Tagen vorhandenen Chvostek'schen Zeichen hervor. Die elektrische Prüfung erfolgte aus äußeren Gründen erst einige Tage später und ergab normale Werte. Dieser Fall zeigt, daß die Forderung, nicht sofort bei Ausbruch der Magentetanie zu operieren, sondern von dem Ausfalle der Magenspülung und dem weiteren Verlaufe die Indikationsstellung abhängig zu machen, zu Recht besteht. Auch möchte Verf. nachdrücklich auf den Wert des Papaverins in solchen Fällen hinweisen.

Fall 2: Ein 19jähriges, aus nervöser Familie stammendes Mädchen hat ein Jahr lang geringfügige Magenschmerzen mit Erbrechen und seltenen Ohnmachtsanfällen ohne Krämpfe. Während der Untersuchung bekommt sie einen tetanischen Anfall, der sich nach zwei Tagen wiederholt. Die folgenden Anfälle sind gemischte: Zuerst hysterischer Anfall mit klonischen Zuckungen der Extremitäten, dann Uebergang in tonischen tetanischen Krampf der Hände in Geburtshelferstellung. Das Chvostek'sche Zeichen ist dauernd vorhanden, während der tetanischen Anfälle stärker als in anfallsfreier Zeit; das Trousseau'sche Phänomen ist beim ersten Anfalle deutlich, beim zweiten schwach und später nicht mehr positiv. Das Erbsche Symptom ist während eines Anfalls positiv, in der anfallsfreien Zeit besteht keine Erhöhung der elektrischen Erregbarkeit, doch ist öfter am Ulnaris die A. Ö. Z. bei schwächerem Strom auslösbar als die A. S. Z. Der Magen zeigt röntgenologisch geringe Ektasie, leichte Hypersekretion (auch nach Probefrühstück etwas hohe Säurewerte) und beschleunigte Entleerung. Die Prüfung des vegetativen Nervensystems ergibt Uebererregbarkeit des Vagus

und Sympathicus. Nach Kalziumdarreichung treten keine Anfälle mehr auf. Also Mischform von Hysterie und Tetanie.

(M. Kl. 1914 Nr. 29.)

Hemiplegie bei Abdominaltyphus mit Ausgang in Genesung. Von Dr. G. Wulf. (Aus dem Stadtkrankenhaus Zittau.) Es bestand ein Unterleibstyphus, bei dem in der dritten Krankheitswoche unter dem Bilde des apoplektischen Insults eine linksseitige Halbseitenlähmung auftrat und bei dem trotz dieser zerebralen Komplikation völlige Genesung erfolgte. Die restlose anatomische Klärung ist nicht möglich. Am meisten wahrscheinlich sind Hämorrhagie oder embolische Erweichung. Für eine Embolie allerdings konnte der sichere Nachweis der Ausgangsstelle nicht erbracht werden. Die Möglichkeit, daß ein blander Embolus von einem Darmgeschwür her seinen Weg durch die verhältnismäßig weiten Lungenkapillaren und das Herz (möglicherweise ja auch durch ein offenes Foramen ovale) nach dem Zentralganglien gefunden hat, darf nicht in Abrede gestellt werden. Für die Annahme einer Embolie bei marantischer Thrombose (Venen, Herz) liegt kein Anhaltspunkt vor. Eine Hirnblutung ferner als Folge typhöser Gefäßentartung ist denkbar, bei dem Verlauf aber und dem isolierten Vorkommen im Cerebrum wenig wahrscheinlich. Neben Thrombose und Abszedierung, die Verf. nach Verlauf und Ergebnis der Lumbalpunktion ausschließen möchte, käme das Vorhandensein einer gerade bei Infektionskrankheiten nicht seltenen Enzephalitis in Frage. Der Beginn als apoplektischer Insult, der Verlauf mit völliger Restitution, der Liquorbefund sind nicht gerade dazu angetan, die Annahme einer Enzephalitis besonders wahrscheinlich zu machen.

(M. m. W. 1914 Nr. 25.)

Ueberempfindlichkeit gegen Kautschukheftpflaster. Von A. V. Knack (Krankenhaus Hamburg-Barmbeck). Neuropath bekommt, sobald ihm Leukoplast appliziert wird, Brennen, Jucken an der betreffenden Stelle, Schwellung, Rötung, Blasen usw. Es wird Vulnoplast, Bonnaplast, Helfoplast versucht — alles reizt ebenso, nur Guttaperchapflastermull Guttaplast wird vertragen. Es stellt sich heraus, daß die anderen Pflaster mit Dammarharz bereitet werden, und letzteres allein appliziert, ruft die gleiche Toxikodermie hervor.

(Derm. Wschr. 1914 Nr. 31.)

Gleichzeitiges Auftreten von Erythema nodosum und Erythema exsudativum multiforme. Von Hegler. 30jährige Patientin, welche vor 10 und 5 1/2 Jahren schon an Erythema nodosum ge-

litten hat, erkrankte Ende Februar d. J. an Angina; nach 8 Tagen gleichzeitiges Auftreten typischen Erythema nodosum = Knoten an den Prädilektionstellen der unteren und oberen Extremitäten, sowie eines eigenartigen, symmetrisch lokalisierten, juckenden Erythems zu beiden Seiten des Halses. Daneben anfänglich starke Schwellung der Ellbogen-, Knie- und Handgelenke. Schleimhäute völlig frei. Nach Ausschluß einer Trichophytie — an welche das Aussehen des Erythems am Halse zunächst erinnern konnte — ist die Deutung als Erythema exsudativum multiforme am wahrscheinlichsten und liegt hier gleichzeitiges Auftreten von Erythema nodosum und Erythema exsudativum multiforme vor; vermutlich ist das Virus beider Krankheiten durch die erkrankten Tonsillen in den Körper eingedrungen. Wichtig erscheint der Hinweis, daß bei dieser Frau weder anamnestisch (keine hereditäre Belastung!) noch klinisch irgend etwas von Tuberkulose nachzuweisen ist; auch trat nach $\frac{1}{2}$ und 1 mg Tuberkulin weder allgemeine noch lokale Reaktion, etwa Aufflackern der abblauenden Erythemknoten, auf. Dasselbe konnte Hegler bei den letzten 20 Fällen von Erythema nodosum, die er daraufhin prüfte, festzustellen, so daß die Auffassung, wonach das Erythema nodosum in aetiologischer Beziehung zur Tuberkulose zu bringen, ja direkt einfach als ein Tuberkulid aufzufassen wäre, bestimmt nicht immer zutrifft.

(Aerztl. Verein i. Hamburg 31. 3. 1914.)

Ein Fall von angeborener Sklerodermie. Von C. Eggert. Das Kind, jetzt 6 Monate alt, zeigt keinerlei Symptome anderer Erkrankungen. Schon bei der Geburt bestanden analoge Veränderungen an der rechten Wange und an beiden Oberarmen. Die Veränderungen charakterisieren sich als scharf umgrenzte, plaqueartige Verdickungen von auffallender Derbheit. Das Kind fühlte sich dabei vollkommen wohl. Die Veränderungen gingen auch ohne jede Therapie zurück. In der Diskussion bemerkt Mayerhofer, daß der vorgestellte Fall der erste sei, bei dem schon bei der Geburt die Veränderungen vom Arzte konstatiert wurden, während alle anderen Fälle erst später zur Diagnosenstellung kamen.

(Pädiatr. Sect. d. Ges. f. Inn. M. u. Kindhlk. i. Wien.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Praktische Erfahrungen mit Grotan veröffentlicht Dr. Dieckmann (Charlottenburg). Das Chlorkresolpräparat kommt in Tabletten

à 1 g in den Handel (Schülke & Mayr). Man wendet eine 1%ige Lösung an, die weder die Haut, noch die Instrumente, noch Wunden angreift und durchaus wirksam ist, so daß man in eiligen Fällen, z. B. bei raschen geburtshilflichen Eingriffen, die Instrumente nicht auszukochen braucht und ein Abreiben mit der Lösung durch 2 Minuten genügt, auch die Hände zu desinfizieren.

(M. Kl. 1914 Nr. 7.)

Untersuchungen über Grotan stellten Stabsarzt Dr. Aumann und Stabsapotheker Dr. Storp (Kaiser Wilhelm-Akademie Berlin) an und kommen zu sehr günstigen Resultaten. Grotan greift weder Instrumente noch die Haut an, ist sehr wenig giftig und hat ausreichende bakterizide Eigenschaften. (B. kl. W. 1914 Nr. 9.)

Die Desinfektion der Haut mit Sterolin. Von Regimentsarzt Dr. Richard Frank, Chefarzt der chir. Abteilung im k. u. k. Garnisonsspital Nr. 20 in Kaschau.

Rp. Balsam. Peruvian. 4,0 g,
Olei ricini,
Terebinth. venet. (communis) aa 2,0 g,
Glyzerin. 1,0 g,
Spiritus vini conc. 100,0 g,
MDS. Sterolin.

Mit dieser braungelben Lösung, welche in jeder Apotheke nach obigem Recepte angefertigt werden kann, wird das Operationsfeld ohne besondere Vorbereitung bloß nach dem Rasieren (gleichgültig, ob trocken oder feucht) mit sterilen Tupfern durch 1—2 Minuten abgerieben. Nun wartet man, bis die Lösung an die Haut angetrocknet ist. Zweckmäßig wird diese Wartezeit durch analoges, 2 Minuten langes Abreiben der bürgerlich reinen Hände und Unterarme des Operateurs ausgenutzt. Jetzt wäscht man mit frischen Sterolintupfern das Operationsfeld nochmals ab. Inzwischen sind die Hände des Operateurs wieder trocken und kann nun ein zweites Abwaschen der Hände mit gewechselten Sterolintupfern erfolgen. Sobald auch der zweite Sterolinanstrich von der Haut verdunstet, diese also vollkommen trocken ist, kann mit der Operation begonnen werden. (Verf. möchte nebenbei bemerken, daß er stets nach erfolgter Desinfektion Zwirnhandschuhe anlegt, welche während der Operation nötigenfalls gewechselt werden. Bei Erprobung der Methode operierte er in etwa 70 Fällen absichtlich ohne Handschuhe.) Mit der Sterolindesinfektion wurden bisher ca. 270 Operationen ausgeführt. Die Erfolge quoad asepisin bzw. prima Heilung sind mit Ausnahme von etwa 5 Fällen, wo Störungen im normalen

Wundverläufe eintraten, die jedoch nicht sicher der Methode zur Last zu schreiben sind, stets einwandfrei. Sterolin verursacht weder eine Verfärbung der Haut, noch Ekzembildung oder lamellöse Desquamation, ebenso entsteht keine Neigung zur Furunkulose in der Wundumgebung, wie dies bei der Jodtinkturdesinfektion des öftern vorkommt. Sterolin ist nicht klebrig und greift die Hände auch bei täglich wiederholtem Gebrauche nicht an, es wird die Haut vielmehr direkt konserviert und bleibt weich und geschmeidig. Bei der Hautdesinfektion mit Sterolin wird hingegen eine „fixierende Reinigung“ erzielt, indem die Oberflächenkeime mit den bindenden Substanzen des Mittels umhüllt durch die mechanische Reinigung „staubfrei“ weggefeht, die tiefer sitzenden Kolonien durch die an die Haut angetrocknete Masse an Ort und Stelle fixiert werden. Durch diese fixierende Reinigung bleibt die Exaktheit der Desinfektion in der Hand des Operators und wird nicht den auf-gepinselten Substanzen überlassen.

(Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 30.)

Beiträge zur Frage der Händedesinfektion. Von Dr. Huntmüller und Dr. B. Eckard (Aus dem Kgl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“).

1. In Bestätigung früherer Versuche konnten Verff. eine genügende Händedesinfektion nur mit hochprozentigem (von etwa 70 Gewichtsprozent an) Alkohol erreichen. Notwendig ist aber vorhergehende Seifenwaschung, da z. B. in Blut angetrocknete Keime sonst der abtötenden Wirkung des Alkohols, auf der seine Bedeutung für die Desinfektion beruht, entgehen können.

2. Als einfaches und billiges Verfahren ist zu empfehlen das Verreiben kleiner Mengen von Festalkol oder geeignetem flüssigen Seifenspirit; als solcher bewährte sich besonders ein 75 %iger Ricinusseifenspirit. Hierdurch wurden fremde Keime regelmäßig unschädlich gemacht und der Keimgehalt der Tageshand stark herabgesetzt.

Noch erheblich bessere Resultate erhält man, wenn man etwas größere Mengen des flüssigen Seifenspirit mit einem Wattebausch auf den Händen verreibt.

(B. kl. W. 1914 Nr. 32.)

Yatregaze, ein neuer Verbandstoff für die Friedens- und Kriegschirurgie. Von Dr. med. Schwab in Berlin-Wilmersdorf. „Meine Erfahrungen mit der 10 und 20 %igen Yatregaze erstrecken sich bis jetzt auf über 3 Jahre und beziehen sich auf die große und kleine Chirurgie und die erste Hilfe. Bei nicht-

eitrigen Wunden erzielt man eine schnelle Aufsaugung etwa vorhandener Sekrete, bei eitrigen und tiefergehenden Wunden, auch bei Höhlenwunden, eine raschere Austrocknung des Wundgrundes, schnelle Ausstoßung nekrotischen Gewebes und schnellere Ausfüllung mit Granulationen, bei Erhebung derselben bis zum Hautniveau stört die weitere Applikation von Yatrengaze die Ueberhäutung nicht im mindesten, wie dies das Jodoform tut, ja sie scheint die Epidermisierung direkt zu befördern. Bei fötiden Sekretionen wird die Desodorisierung angenehm empfunden. Bei frischen Verletzungen zeigt sich eine stark blutstillende Wirkung. Ich habe niemals, selbst bei lange fortgesetzter Anwendung, auch nur die geringste Irritation, geschweige denn Intoxikationserscheinungen gesehen.“
(M. m. W. 1914 Nr. 12.)

Anwendung der pulverartigen Antiseptika in der Kleinchirurgie. Von Dr. Eugen Kázmér (Aus der chirurgischen Abteilung der Poliklinik „Charité“ in Budapest). Auf Grund der mit Vioform gewonnenen Erfahrungen kann Verf. behaupten, daß sich das Mittel als vollkommenster Ersatz des Jodoforms erwiesen hat. Die desinfizierende Eigenschaft desselben, seine Geruchlosigkeit und der Umstand, daß es von jedem irritierenden Einflusse frei ist, wie auch der billige Preis des Präparates prädestinieren es geradezu für die Zwecke der Kleinchirurgie. Bei großen Brandwunden applizierte Verf. auf die Wunde mit 10% Vioformsalbe bestrichene sterile Gaze und hatte dabei niemals auch nur die geringste giftige oder reizende Wirkung wahrgenommen. So heilte bei einem 2jährigen Kinde eine manneshandflächengroße Brandwunde am rechten Schenkel bei Anwendung von 10% Vioformsalbe (bei zweimaligem Verbandwechsel) in 7 Tagen vollständig ohne das geringste unangenehme Symptom. Die Schmerzen hatten bereits nach dem ersten Verband gänzlich aufgehört. Die desinfizierende und rasche Granulation hervorrufende Wirkung des Vioforms hatte Verf. sonst Gelegenheit, bei den verschiedensten Fällen wahrzunehmen, so z. B.: bei Ulcus cruris, tuberkulösen Nekrosen, Ulcus molle und den zu demselben sich gesellenden Bubonen, bei durch eitererzeugende Bakterien verursachten Abszessen usw.
(Kl. ther. W. 1914 Nr. 27.)

Auskochbare Messer. Von Prof. Dr. Momburg, Bielefeld. Verf. hat die Firma C. Nicolai (Hannover) veranlaßt, Messer aus Chrom-Wolframstahl und neuerdings aus Kobaltstahl herzustellen. Diese Messer haben sich sehr gut bewährt. 10—12 maliges Auskochen vertrugen diese Messer oft, ohne stumpf zu werden. Verf.

möchte diese Messer den Fachgenossen empfehlen. Auch für unsere anderen schneidenden Instrumente eignen sich diese hochwertigen, harten Stähle, zu deren Verarbeitung zu Scheren, Meißeln usw. Verf. ebenfalls die Firma Nicolai veranlaßt hat.

(Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 32.)

Pflasterverband zur schnellen Epithelisierung granulierender Flächen. Von M. Borchardt in Berlin. Verf. verwendet ihn seit mehr als 10 Jahren. Er ist in geeigneten Fällen allen anderen Mitteln weit überlegen: torpide Ulcera cruris z. B., die trotz Anwendung der verschiedensten Mittel und Verbände in monatelanger Behandlung nicht zur Heilung zu bringen sind, überhäuten sich bisweilen unter Pflasterverbänden in erstaunlich kurzer Zeit. Verf. klebt etwa 2—3 cm breite Pflasterstreifen dachziegelförmig unter ziemlich beträchtlichem Zug quer über die Granulationsfläche, so daß die Streifen die Wundränder beiderseits um einige Zentimeter überragen. So wird die ganze Fläche von oben bis unten bedeckt, über das ganze ein aseptischer Verband gelegt und das Bein von unten bis oben unter gleichmäßigem Druck mit einer Schlauchbinde eingewickelt. Selbst diese Einwicklung ist nicht immer notwendig. Verf. hat in letzter Zeit das Pflaster vorher sterilisiert und auch einige Male mit gleich gutem Erfolg das perforierte Beiersdorfsche Pflaster angewendet. Auf die Art des Pflasters kommt es nicht an, es muß nur reizlos sein; die Streifen müssen glatt und unter genügendem Druck angelegt werden. Man lasse den Verband, wenn irgend möglich, 8 Tage liegen, nehme ihn sehr vorsichtig ab und erneuere ihn, wenn nötig, ein zweites und drittes Mal. Man wird über den Erfolg häufig erstaunt sein.

(M. m. W. 1914 Nr. 30.)

Extensionsverband mit Mastisol. Von Lücken. Bei Fällen, in denen bei Frakturen die Anlegung von Extensionsverbänden nicht möglich war, wurde dies mittels Mastisol und Trikotschlauch erreicht. Die Extremität wird unterhalb der Fraktur mit Mastisol bestrichen und der Schlauch darauf geklebt. Die Gewichtsextension kann dann mittels des festklebenden Schlauches leicht erfolgen. Die Haut wird durch das Mastisol nicht angegriffen.

(Mediz. Gesellschaft, Leipzig, 17. 2. 1914.)

Ein billiges Hilfsmittel zur Redression kindlicher Klumpfüße. Von Adolf Nußbaum, Assistent der chirurgischen Klinik in Bonn. „Als Hilfsapparat zur Redression von Klumpfüßen sind

zum Teil recht teure Maschinen angegeben worden. Ihr großer Wert in schwierigen Fällen ist ohne weiteres zuzugeben. Zu ihnen gehört die Thomas wrench. Ein Nachteil des Apparates besteht darin, daß die Faßhebel trotz ihrer Gummibekleidung leicht von den kurzen, dicken Gliedern kleiner Kinder abgleiten und ein Fassen entweder unmöglich machen oder doch so erschweren, daß durch das öftere Anlegen und Abgleiten die Haut des Fußes stark leidet. Infolgedessen legt man die kraftsparende Maschine beiseite und müht sich, mit den Händen allein die Mißbildung zu korrigieren. Allenfalls benutzt man das Volkmannsche Bänkchen als Hypomochlion, über das die Konvexität der Verkrümmungen abgebogen wird. Natürlich ist in solchem Falle jede Erleichterung der Manipulationen erwünscht. Ein dem Bänkchen mechanisch ähnlich wirkendes Hilfsmittel, das jedoch wesentlich handlicher ist, besteht in einem etwa 15 cm langen, zylindrischen Holzstab (Besenstiel), der mit Watte und einer Mullbinde umwickelt, genügend gepolstert ist, um ohne Gefahr benutzt werden zu können. Zur Redression der Adduktion des Vorfußes legt man die Mitte des Stabes auf die Höhe der Abbiegung am Vorfuß, so daß die Achse senkrecht zur Richtung der Biegung steht. Mit den vier Fingern der einen Hand umfaßt man die Ferse des kindlichen Fußes an der medialen Seite und legt den Daumen derselben Hand über den Stab. Die vier Finger der andern Hand greifen von der Großzehenseite um den Vorfuß, während der Daumen ebenfalls Halt an dem Stabe zu gewinnen sucht. Auf diese Weise kann man mit außerordentlicher Kraft, ohne die Gefahr des Abgleitens, auf die Deformität einwirken. In ähnlicher Weise wird die Supination des Fußes angegriffen. Man legt den Stab quer über den Malleolus externus, umgreift mit den Fingern der einen Hand den Unterschenkel von der medialen um die dorsale Seite und drückt den Daumen derselben Hand auf den Stab. Die Finger der andern Hand fassen die Ferse an der medialen Seite, während der Daumen auf dem Stabe liegt. Hat man auf diese Weise die Adduktion und die Supination überkorrigiert, so bleibt noch die Flexion des Calcaneus zu beseitigen. Dies geschieht im Schultzeschen Apparat. Steht dieser nicht zur Verfügung, so kann man ihn wenigstens bei Kinderfüßen dadurch ersetzen, daß man eine Handfläche gegen die Fußsohle des auf dem Rücken liegenden Kindes legt und nun mit der Brust, die den Hebelarm des Schultzeschen Apparates ersetzt, unter Direktion durch die zwischengelegte Hand, bei Fixation des Unterschenkels durch die andere, den Fuß in Dorsalflexion allmählich herüberzwingt. Zuletzt kann die Tenotomie der Achillessehne hinzugefügt werden.“ (Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 29.)

b) Innere Krankheiten.

Veronazetin gegen Seekrankheit. Von Dr. Löwenstein (Frankfurt a. M.). „Während einer vor wenigen Tagen beendeten mehrwöchentlichen Mittelmeerreise mit zum Teil recht stark bewegter See machte ich an mir selbst und einer Anzahl anderer Passagiere so gute Erfahrungen mit Veronazetin, daß ich nicht verfehlen möchte, den Kollegen darüber kurz zu berichten. Außerordentlich leicht zu Seekrankheit disponiert und bei früheren Fahrten auf hoher See jeweils stark erkrankt, konnte ich diesmal die wochenlange Seefahrt sehr gut ertragen; ich nahm regelmäßig des abends — vor dem Heruntergehen in den Speisesaal zum Diner — eine Veronazetintablette zu 0,3 g in einem kleinen Gläschen Wasser und dann nur noch bei besonders hoher See 1—2 Tabletten pro die. Durch Darreichen von 1—2 Tabletten bei schwer seekranken Mitreisenden konnte ich promptes Aufhören des Anfalles erzielen und durch prophylaktisch gegebenes Veronazetin (1—2 mal täglich 1 Tablette) Freibleiben von neuen Ausbrüchen der Erkrankung beobachten. Ferner bewährte sich Veronazetin in einer Dosis von einer Tablette sehr gut zur Beseitigung des sehr unangenehmen Gefühles des Bodenschwankens auf dem Festlande nach längeren Meerfahrten. Unangenehme Nebenwirkungen bemerkte ich weder an mir noch an anderen. (M. m. W. 1914 Nr. 21.)

Codeonal hat sich Dr. Umbreit (Charlottenburg) bei den gastrischen Krisen der Tubiker sowie bei Potatoren mit großer Unruhe bewährt (2 mal täglich 3 Tabletten), ebenso bei hartnäckiger Schlaflosigkeit (abends 3 Tabletten). (M. m. W. 1914 Nr. 29.)

Erfahrungen mit Narkophin. Von Dr. Hermann Cassel (Aus der chirurgischen Klinik von Prof. Karewski-Berlin). In Tropfenform (20—25 Tropfen pro dosi) bewährte sich das Mittel bei Schlaflosigkeit (Schmerzen und Hustenreiz) und bei diabetischem und cholämischem Jucken. (Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 3.)

Dosierung des Narkophins. Von Dr. S. Hirsch in Berlin. Verf. hat mit Narkophin sehr gute Erfahrungen gemacht und verwendet es bei allen unsereren bekannten Morphin-Indikationen. Er schätzt besonders seine beiden Eigenschaften, daß es besser vertragen wird, selten Erbrechen erregt und daß seine Wirkung länger

anhält. Aber die auf den Drucksachen der herstellenden Firma angegebene Normaldosis für subkutane Injektion und die Dosis der käuflichen Narkophinampullen erscheint nicht für alle Fälle richtig. Narkophin 0,03 subkutan ist für jene Erkrankungen nicht ausreichend, die, wie Nieren- oder Gallensteinkoliken, mit sehr starken Schmerzen einhergehen. Verf. verwendet da mit ausgezeichnetem Erfolge $1\frac{1}{2}$ —2 Ampullen, also 0,045—0,06 Narkophin. Wohl kann man nun einwenden, daß eine reine Morphiumspritze von 0,02 M. dasselbe leisten sollte, aber ein Pharmakologe kann vielleicht eher erklären, warum dieselbe Menge Morphin in dieser Form als Narkophin anders wirkt. Die Wirkung des Narkophins tritt langsamer ein und scheint keine allzu schnelle Lahmlegung der Zentren zu verursachen, vielmehr eine allmähliche Ruhigstellung herbeizuführen, die nachher aber weit länger anhält als die quasi mit einem Ruck einsetzende Wirkung der reinen Morphiuminjektion. Verf. hat ferner den Eindruck gehabt, daß trotz der erhöhten Dosis von Narkophin nach dem Aufhören der Wirkung nicht das Gefühl des Zerschlagen-seins und der Mattigkeit eintritt, wie es so oft nach größeren Morphiumdosen der Fall ist. Unter Berücksichtigung dieser erhöhten Dosierung wird man mit Narkophin gute Resultate erzielen.

(D. m. W. 1914 Nr. 14.)

Ueber Pantopon als morphiumersetzendes Mittel bei Koliken und kolikartigen Schmerzen. Von San.-Rat Dr. med. Franz Dorn, Berlin. Wenige Tabletten à 0,01 g genügten bei Gallen- und Nierensteinen, um die Schmerzen zu beseitigen. Bemerkenswert war auch die günstige Wirkung auf den Brechreiz.

(Allg. m. Zztg. 1914 Nr. 27.)

Pantopon „Roche“ hat Dr. G. Friedländer (Berlin) mit promptem Erfolge zur Schmerzlinderung (Blinddarmreizungen, Magen- und Darmkoliken, Gallenblaseschmerzen, peritonitische Reizungen) verwandt, ebenso zur Stillung des Brechreizes und Singultus. Bei Magen- und Darmgeschwüren leistet es Gutes; ebenso bei unstillbarem Erbrechen (in Tropfenform: Sol. Pantopon 0,1—0,2 : 10,0, 3 mal tägl. 10 Tropfen, in schweren Fällen 1—2 stündl. 5 Tropfen). Man tut am besten, für die Injektionen die Originalampullen mit 0,02 Pantopon als Inhalt zu verwenden. Auch ist für die interne Medikation das kleine Tropffläschchen mit 10 ccm einer 2%igen Lösung sowie die Tablettenform sehr geeignet.

(M. Kl. 1914 Nr. 12.)

Zur Therapie der Schlaflosigkeit (die Schlafbrille). Von San.-Rat Dr. W. Warda, Bad Blankenburg. „Wir kennen alle, wenn wir jemals unser Einschlafen beobachtet haben, die angenehme Empfindung der Wärme und Schwere in den Augenlidern; ist erst diese Empfindung vorhanden, so läßt der Schlaf selbst nicht mehr lange auf sich warten. Es schien mir nahe zu liegen, diese behagliche Wärme- und Schwereempfindung in den Augenlidern durch geeignete warme Kompressen künstlich hervorzurufen. Versuche, die ich mit den bekannten Thermophorkompressen machte, waren günstig. Derartige Thermophorkompressen in brillenförmiger Anordnung, den Augen angepaßt und ähnlich einer Autobrille um den Kopf befestigt, halten die Wärme etwa eine Stunde lang fest, sie üben auf das Auge einen leichten Druck aus, erwärmen die Lider und wirken, wie ich mich überzeugt habe, sehr oft schlafmachend. Abgesehen von der physikalischen Wirkung und von dem suggestiven Faktor kommt ihnen der ganz besondere Vorteil zu, daß sie Empfindungen erzeugen, die wir beim Einschlafen normalerweise haben. Es sei noch erwähnt, daß diese Form von warmen Augenkompresen auch bei Migräne besonders bequem und zweckmäßig sich zeigte. Die von mir angegebene Vorrichtung der Thermophor-Augenkompresen zur Hervorrufung des Schlafes wird von der Thermophor-Aktiengesellschaft zu Andernach als „Schlafbrille“ hergestellt und in den Handel gebracht.“

(M. Kl. 1914 Nr. 15.)

Gelonida somnifera, ein neues Schlafmittel. Von Nervenarzt Dr. H. W. Zahn in Berlin. Es handelt sich um Tabletten mit einer Kombination von Codein. phosph. (0,01), Natr. diaethylbarb. und Ervasinkalzium (aa 0,25), hergestellt von der Firma Goedecke & Co. 1 Tablette genügt gewöhnlich, in schwereren Fällen gibt man 1 1/2,—2 „Gelonida“.

(D. m. W. 1914 Nr. 25.)

Erfahrungen über ein neues Schlaf- und Beruhigungsmittel, das Dial-Ciba. Von Dr. Hans Hirschfeld in Berlin. Zusammenfassend kann Verf. sagen, daß wir im Dial ein äußerst brauchbares Schlafmittel und Sedativum besitzen, das in der Dosis von 1 Tablette als Einschläferungsmittel ungefähr wie 2 Tabletten Adalin wirkt und in der Dosis von 1 1/2 Tabletten ungefähr der Wirkung von 0,5 g Veronal entspricht, ohne jedoch die protrahierte Veronalwirkung auszulösen. Bei Angstneurosen, leichten und mittelschweren Erregungszuständen genügt im allgemeinen zweimal täg-

lich $\frac{1}{2}$ Tablette. Die Darreichungsweise geschieht zwecks besserer Resorption am besten mit warmem leichten Tee.

(D. m. W. 1914 Nr. 24.)

Ueber Phenoval, ein neues Sedativum und Hypnoticum.
Von Dr. med. Salomon-Berlin. Verf. hat das Phenoval in den verschiedenartigsten Fällen von Kopfschmerzen angewandt und gefunden, daß es sich hierbei mit sehr wenigen Ausnahmen sehr gut bewährt hat. Besonders bei chlorotischen Frauen und Mädchen, die über starken Blutandrang nach dem Kopfe mit gleichzeitig starkem Herzklopfen zu klagen hatten, dann aber auch bei Hemikranie und arteriosklerotischem Kopfschmerz trat die Wirkung prompt ein. Von den im Handel befindlichen Tabletten zu 0,5 g, die in Wasser gut zerfallen, erhielten die Patienten meistens nur eine, selten zwei, und schon nach etwa 20 Minuten waren die Kopfschmerzen gänzlich beseitigt, ohne daß gleichzeitig eine antipyretische Wirkung eingetreten wäre. Zuweilen löste das Medikament bei einigen Patienten leichte Schläfrigkeit aus, welche die betreffenden Personen veranlaßte, sich kurze Zeit hinzulegen, bei anderen jedoch, besonders wenn sie in Bewegung blieben, konnte Vf. dieses Symptom nicht beobachten. Deshalb entschloß Verf. sich, es auch vor der Operation aufgeregten Patienten zu geben, und zwar tags zuvor 3mal 1 Tablette, und bemerkte am nächsten Morgen bei der Narkose, daß entweder ein sehr geringes oder gar kein Exzitationsstadium eintrat. In einem Falle verordnete Verf. es auch einer Patientin wegen starker Zahnschmerzen, die trotz Morphinum und Pyramidon nicht schwinden wollten. Nach einer Dosis von 1,0 g blieb auch hier der Erfolg nicht aus. Die Zahnschmerzen waren beseitigt, und die Patientin konnte die Nacht darauf ruhig schlafen, was vorher nicht der Fall war. Wegen dieser analgetischen Wirkung machte Verf. den Versuch, das Phenoval auch als Hypnoticum anzuwenden, und zwar in Fällen, wo infolge körperlicher Schmerzen die sonstigen Sedativa und Schlafmittel öfters versagen. In kleinen Dosen von 0,5 g, in warmem Zuckerwasser $\frac{1}{2}$ Stunde vor dem Schlafengehen genommen, verursachte es nur kurzen, 4—5 stündigen Schlaf, dagegen schliefen die Patienten nach 1,0 g die ganze Nacht hindurch tief, ohne Traumwirkung, und wachten am nächsten Morgen frisch und ohne Beschwerden auf. Ab und zu verhielten sich einige Patienten hinsichtlich der Schlafwirkung refraktär gegen dieses Mittel, Verf. muß aber hinzufügen, daß in diesem Falle auch mit Adalin, ja selbst mit Veronal der Schlaf nicht zu erzielen war. Trotz länger dauernder, manchmal 14 tägiger Verabfolgung von Phenoval hat

Verf. weder Gewöhnung an das Mittel, noch irgendwelche Neben- oder Nachwirkungen beobachten können. Stets wurde es von den Patienten gern genommen und selbst von Magenkranken gut vertragen. Es ist daher den milderen Schlafmitteln, z. B. Adalin, ebenbürtig zur Seite zu stellen. (B. kl. W. 1914 Nr. 20.)

Zur Behandlung der Schlaflosigkeit bei Herzinsuffizienz. Von Prof. Dr. A. Fraenkel (Badenweiler).

1. Wenn Schlafstörungen im Vordergrund der Beschwerden des Kranken stehen, so ist intravenöse Strophanthintherapie auch bei leichteren, der üblichen Digitalistherapie zugänglichen Zuständen von Herzinsuffizienz das rationellere Verfahren.

2. Gegen die durch kardiales Asthma bedingte Schlaflosigkeit wirkt Strophanthin sicherer als jede Digitalistherapie per os.

3. Die durch kontinuierliche kardiale Dyspnoe verursachte quälende Schlaflosigkeit schwer Insuffizienter kann auch dann, wenn Digitalis versagt, durch intravenöse Strophanthininjektionen geheilt werden.

4. Morphin sollte bei chronischer Herzinsuffizienz regelmäßig als Mittel zur Verbesserung der Nächte nur angewandt werden, wenn die Digitalistherapie auch in der Form der intravenösen Strophanthininjektion erfolglos war.

(Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 5.)

Herzinsuffizienz und Digalen. Von San.-Rat Dr. L. Silberstein (Berlin-Schöneberg). Nach jahrelangen Beobachtungen kann Verf. das Digalen als zuverlässiges Mittel in allen Fällen von Herzinsuffizienz dringend empfehlen, bei akuter, das Leben bedrohender, in Form von subkutanen Injektionen, bei chronischer in Form der intermittierenden internen Darreichung mit drei- bis viermal täglich 15—20 Tropfen bzw. drei- bis viermal täglich je eine Digalentablette beginnend und in üblicher Weise herabgehend.

(Allg. m. Zztg. 1914 Nr. 29.)

Zur Behandlung des Delirium tremens. Von Dr. Scharnke (Psychiatr. Klinik Straßburg). Sofort Digalen (3 mal 20 Tropfen per os) und Veronal (1—2 g in 1 Gläschen Sherry). Keine Bäder! (M. m. W. 1914 Nr. 13.)

Zur Wirkung des Digifolins. Von Dr. M. Kärcher (Kaiserslautern). Was die gemachten Erfahrungen betrifft, die sich auf etwa 50 Fälle von Kompensationsstörungen der verschiedensten Art erstrecken, so ist Verf. mit dem erzielten Erfolge durchweg

recht zufrieden gewesen. In schwereren Fällen machte Verf. meist sofort eine subkutane Injektion von 0,1 Digifolin und verordnete dann in den ersten drei Tagen dreimal eine Digifolintablette ($\hat{=}$ 0,1), hierauf zwei und schließlich nur noch eine Digifolintablette (oder zweckmäßiger zweimal eine halbe Tablette) pro Tag. In leichteren Fällen ist er sogar mit einer Tagesdosis von ein bis zwei Tabletten in der Regel ausgekommen. Selbst bei den höchsten zulässigen Digifolindosen hat Verf. nicht in einem einzigen Falle die geringsten Nebenerscheinungen auftreten sehen, so daß er in dieser Hinsicht das Digifolin als ein völlig reizloses Präparat bezeichnen kann. Besonders befriedigt war er von dem Erfolg der subkutanen Injektionen, die ausnahmslos völlig schmerzlos ertragen wurden und keinerlei örtliche Reizerscheinungen hervorriefen.

(Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 3.)

Disotrin (Vereinigung der wirksamen Bestandteile von Digitalis und Strophanthus; Firma Fauth & Co. in Mannheim) hat San.-R. Dr. Siebelt (Flinsberg) mit Erfolg gegen die Beschwerden von Herz- und Gefäßkranken gegeben. Die Flüssigkeit (in 1 ccm = 0,3 mg wirksame Substanz) wird subkutan appliziert; eine Injektion pro die meist genügend. Wo rasches Eingreifen nottut (z. B. Angina pectoris), greife man zu dem Mittel. (M. Kl. 1914 Nr. 29.)

Klinischer Beitrag zur Strophanthusfrage. Von Dr. Johannes-son und Dr. Schaechtl. (Aus dem Königin Elisabeth-Hospital in Berlin-Oberschöneweide.) Aus der Widerstandsfähigkeit des g-Strophanthins gegenüber den Verdauungssäften läßt sich der Schluß ziehen, daß man die innerlich zu gebenden Dosen gegenüber den intravenösen nicht allzu sehr zu erhöhen braucht, wie dies bei den anderen Strophanthinen der Fall ist. Verff. brauchten bei intravenöser Injektion zur Erzielung einer deutlichen Wirkung fast stets 1,0 mg, nur ausnahmsweise genügte 0,5 mg. Ihr Hauptaugenmerk richteten Verff. nun auf die Feststellung der bei innerer Darreichung noch wirksamen Dosis. Sie können sagen, daß sie bei dem g-Strophanthin-Thoms der Chemischen Fabrik Güstrow stets noch eine deutliche Wirkung sahen, wenn sie als Einzelgabe 1,0—1,5 mg und als Tagesgabe das Drei- bis Vierfache davon gaben. Sie haben also annähernd das Doppelte der intravenösen Dosis als interne Gabe geben müssen. Das Präparat trägt jetzt den Namen Purostrophan und ist für den internen Gebrauch in genau dosierten Tabletten mit einem Gehalt von $\frac{1}{2}$ bis 1 mg g-Strophanthin im Handel. Auch die bisher nach Vorschrift von Kobert für Injektionen hergestellten sterilisierten Ampullen mit je

1 mg g-Strophanthin in physiologischer Kochsalzlösung tragen jetzt den obigen Namen. Zusammenfassend können Verff. die Eigenschaften des Purostrophans folgendermaßen präzisieren:

1. Die Herzwirkung hält den Vergleich mit der Digitalis aus. Die allgemeine Gefäßwirkung ist derjenigen der Digitalis sogar darin überlegen, daß sie den allgemeinen Blutdruck nicht erheblich zu steigern scheint und daß somit die Anwendungsmöglichkeit größer wird.

2. Hervorzuheben ist die rasche Wirkung, die auch bei stomachaler Anwendung schneller als bei der Digitalis eintritt.

3. Besonders augenfällig ist die starke diuretische Wirkung, die besonders bei Fällen mit Ascites und Oedemen oft überraschende Erfolge innerhalb kürzester Zeit erzielt.

4. Die interne Darreichung des Purostrophans ist durchaus zuverlässig, da es sich der künstlichen Verdauung gegenüber als resistent erwiesen hat, was auch die klinischen Versuche bei der physiologischen Verdauung mehr und mehr bestätigen.

5. Eine Kumulation wurde nicht beobachtet; sie ist auch viel weniger als bei der Digitalis zu befürchten, da nach Straub seine Verbindung mit der Herzmuskelzelle locker ist und gewissermaßen als eine reversible Reaktion gelten kann. Vorsicht ist deshalb in besonderem Maße nur bei vorausgegangener längerer Digitalisverabreichung am Platze.
(D. m. W. 1914 Nr. 28.)

Ein Fortschritt der Jodtherapie. Von Prof. Dr. R. Kafemann, Königsberg i. Pr. Testijodyl (Chem. Institut Dr. L. Oesterreicher, Berlin), aus Blut gewonnen, 14—15 % Jod enthaltend, Eisen in natürlicher Bindung (vom Eisengehalt des Hämoglobins) enthaltend (Eiweißsubstanz, Jod und Eisen stehen im Verhältnis von 81,48 — 15,24 — 0,25), äußerst bekömmlich und billig (Originalröhrchen mit 20 Dragées à 0,5 kostet M. 1,25), hat sich besonders bei Skrofulose, speziell äußerer Halsdrüsentuberkulose, und beginnenden adenoiden Wucherungen bewährt (2—3 mal täglich 1—2 Dragées). Aber auch bei den Frühformen der Otosklerose und bei den neuralgiformen Schmerzen im Gebiete der Ohren, der Stirn und des ganzen Kopfes tat es gute Dienste.
(B. klin. W. 1914 Nr. 21.)

Ueber Jodprothämin. Von Priv.-Doz. Dr. Polland. (Aus der Grazer Dermatologischen Klinik.) Das Jodprothämin wird in Form von mit Schokolade übergossenen Dragees im Gewichte von

0,4 g hergestellt, es enthält 10 % Jod, also pro Pastille 0,04 g. In dieser Form ist die Darreichung sehr angenehm und praktisch, die Dragees können leicht geschluckt werden. Man kann sie aber auch zerbeißen, da sie nicht unangenehm schmecken. Als Tagesdosis begann Verf. anfangs mit 3 Stück; weil bei dieser Dosis die Jodwirkung ziemlich schwach ist, anderseits das Präparat vorzüglich vertragen wird, gab er in der Folge nie weniger als 6 Stück täglich — auch bei Kindern —, oft aber auch 8—10. Es ließ sich dabei feststellen, daß bei keinem Patienten, auch wenn es sich um sehr schwache Leute mit empfindlicher Verdauung handelte, irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen, oder gar irgendwelche Anzeichen von Jodismus auftraten. Im Gegenteil, trotz des Jodgehaltes bewährte sich durchweg die appetitanregende und stoffwechselfördernde Wirkung des Prothämins, die sich bei den meisten Patienten in mehr oder weniger großer Gewichtszunahme äußerte. Alles in allem kann Verf. auf Grund seiner Versuche sagen, daß bei Hautkrankheiten oder mit Hauterscheinungen einhergehenden anderweitigen Affektionen das Jodprothämin ein recht brauchbares Unterstützungsmittel der Therapie ist, indem es einmal als Nährpräparat vorzügliche Dienste leistet und dann die lange fortgesetzte Verabreichung von Jod gestattet, ohne daß dadurch Störungen zu befürchten wären. Besonders indiziert scheint die Anwendung des Präparats bei tuberkulösen Hautaffektionen, also bei Lupus, Skrofuloderma, Lichen scrofulosorum usw., dann bei schwerer, besonders tertiärer Lues, bei anämischen Zuständen und schließlich bei Hautprozessen, die mit dem Nervensystem im aetiologischen Zusammenhange stehen.

(M. Kl. 1914 Nr. 18.)

Arteriosklerotische Herzerkrankung kann nach Prof. Dr. G. Klemperer (Berlin) auch medikamentös etwas beeinflußt werden. Er gehört zu den Anhängern der Jodtherapie und gibt regelmäßig in kurzen Zwischenräumen zweimal täglich eine Sajodintablette. Zur Jodtherapie möchte er die Arsentherapie gesellen. Deren Nutzen bei Arteriosklerose hat er lange bei Kopfschmerzen, Schwindel und Angstzuständen, später auch bei den subjektiven Herzbeschwerden kennen gelernt. Früher gab er Liquor Fowleri 5—6 Tropfen täglich, auch kleine Gaben der üblichen Arsenwässer. Seit 3 Jahren verwendet er vorwiegend Elarson, da es haltbar und leicht dosierbar ist, täglich 3—6 Tabletten. Neben der subjektiven Wirksamkeit zeigt das Medikament sich objektiv wirksam, indem es häufig den gesteigerten Blutdruck herabsetzt. Verf. möchte immerhin glauben, daß der abwechselnde Gebrauch

kleiner Jod- und Arsengaben in bescheidener Weise zur Besserung der Prognose der arteriosklerotischen Herzerkrankung beiträgt.
(Ther. d. Gegenw., Juli 1914.)

Die neueren Methoden der unblutigen Therapie der Halsdrüsentuberkulose. Von O. H. Peters (Aus der Chirurg. Klinik zu Kiel). Vergleicht man die Erfolge der Röntgenbestrahlung mit denen der radikal-operativen Methode, für die sie uns ja einen Ersatz bieten soll, so sehen wir zweifollos eine ganze Reihe von Vorzügen. Der wichtigste ist der, daß das kosmetische Resultat, das gerade bei den am häufigsten vorkommenden Halsdrüsen-schwellungen eine sehr erhebliche Rolle spielt, ein sehr viel besseres ist. Wir haben entweder keine oder kleine, unscheinbare Narben, im Gegensatz zu den ausgedehnten Narben nach der radikalen Operation, die ja oft sehr auffallend sind und häufig für den Träger auch in sozialer Hinsicht eine Schädigung für das ganze Leben bedeuten. Ferner können wir bei der Bestrahlung besser alle Krankheitsherde beeinflussen, während bei der Operation doch leicht kleine Drüsen mit beginnender Erkrankung übersehen werden. Ob auch — wie von einigen Seiten angenommen wird — der Körper nach einer unter Bestrahlung ausgeheilten Lymphdrüsen-tuberkulose für tuberkulöse Neuinfektionen weniger empfänglich ist als nach operativer Entfernung der Drüsen, kann wohl noch nicht als sicher erwiesen gelten. Vielmehr ist auf der anderen Seite doch zu bedenken, ob wir nicht zum Beispiel bei einer verkästen Drüse, die nicht vollkommen verschwindet, sondern oft nur mit Einkapselung des Käseherdes ausheilt, in dem sich vielleicht noch längere Zeit Tuberkelbazillen erhalten, in dem Körper einen Herd zurücklassen, von dem aus ein Aufflackern der Krankheit wieder stattfinden kann. Bei allem, was wir von der Tuberkulose wissen, ist dies nicht ganz unwahrscheinlich, und wir haben hierin vielleicht einen schwachen Punkt der sonst so dankbaren Röntgentherapie der Lymphdrüsentuberkulose. Festzuhalten ist aber, daß es tatsächlich keine Lymphdrüsentuberkulose zu geben scheint, die sich gegenüber der Röntgenbehandlung absolut refraktär verhält. Selbstverständlich soll jedoch die Röntgentherapie nicht für sich allein angewandt werden, denn ein Allheilmittel stellt sie nicht dar, und auch sie bedarf — wie jede andere Behandlungsmethode der Tuberkulose — einer Unterstützung durch alle die Mittel, die geeignet sind, den Körper in seinem Kampfe mit der Krankheit zu kräftigen. Denn auch die Röntgenbehandlung stellt nur ein Hilfsmittel für den Körper da, die Ueberwindung der Krankheit muß er selbst vollziehen. (Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 4.)

Erfahrungen über F. F. Friedmanns Heil- und Schutzmittel. Von Dr. Fritz Rosenfeld (Stuttgart). 1. Bei 43 Fällen von Lungentuberkulose hat das Mittel nicht die erwartete Umstimmung des Organismus herbeigeführt. In den meisten Fällen entledigte sich der Organismus der Injektion nach Art eines eingedrungenen Fremdkörpers: durch Abszeßbildung, die in den wenigsten Fällen aufgehalten werden konnte.

2. In einigen wenigen Fällen dieser Gruppe — 4 leichtere Spitzenaffektionen — hat eine Besserung eingesetzt. Wie weit diese auf die Injektion des Mittels zurückzuführen ist, läßt sich nicht entscheiden.

3. Entschiedene, auffallende und eindeutige Besserungen wurden bei 2 Fällen von Drüsentuberkulose erzielt.

(D. m. W. 1914 Nr. 26.)

Ueber Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkuloseheilmittel. Von Dr. Bernhard Scholz (Aus der Inneren Abteilung des Frankfurter Bürgerhospitals). Verf. kommt zu folgendem Schlusse: Nach allem, was er selbst an einer größeren Reihe von Kranken gesehen hat, und nach allem, was bis jetzt publiziert worden ist, kommt dem Friedmannschen Mittel eine spezifische Heilwirkung der Tuberkulose gegenüber nicht zu. Dabei sind die Injektionen desselben in verschiedener Hinsicht direkt gefährlich und selbst in Fällen ohne direkte Schädigung für den Kranken häufig von recht lästigen Erscheinungen gefolgt. Verf. möchte sich daher denjenigen anschließen, die vor der weiteren Anwendung des Mittels dringend warnen.

(M. Kl. 1914 Nr. 23.)

Perkutane Tuberkulintherapie. Von Dr. Adolf Kutschera (Innsbruck). Verf. hat reiche Erfahrungen über diese Methode zu sammeln Gelegenheit gehabt. Sie werde meist gut vertragen. In den meisten Fällen von manifester Tuberkulose, aber auch in einzelnen Fällen latenter Tuberkulose erfolgen auf die Tuberkulin-einreibungen deutliche Allgemeinreaktionen, welche nach 6—24 Stunden auftreten und sich in erhöhter Mattigkeit, leichter Pulsbeschleunigung, Kopfschmerzen, vermehrtem Auswurf, sehr häufig in Schlaflosigkeit, in einzelnen seltenen Fällen aber auch in Schwindel oder Brechreiz äußern. Außer den Allgemeinerscheinungen treten bei empfindlichen Individuen mit zarter Haut, namentlich bei solchen mit exsudativer Diathese, bei stärkeren Alttuberkulindosen Lokalreaktionen an der Einreibungsstelle in der Haut auf, welche sich durch juckende entzündliche Knötchen in der Umgebung der Haarbälge bemerkbar machen und welche bei stärkerem Grade

auch zu Schwellungen und Entzündungen der Umgebung der einge-
riebeenen Stelle führen. Diese mitunter recht unangenehmen
Hautausschläge, die besonders bei Kindern zu fürchten sind, kann
man mit ziemlicher Sicherheit durch stärkere Verdünnung des
Tuberkulins oder durch Verwendung besonderer Tuberkulinpräparate
vermeiden. Petruschky hat hierfür ein besonderes Linimentum
tuberculinum compositum hergestellt, welches nach seiner Angabe
und unter seiner Kontrolle fabrikmäßig erzeugt und durch die
„Hageda“, die Handelsgesellschaft deutscher Apotheker in Berlin,
in den Handel gebracht wird. *) Von diesem Präparate wird ein
Tropfen mit dem Daumenballen vom Kranken selbst in die Haut
eingerieben, bis das Präparat von der Haut vollständig aufge-
nommen ist. Dabei wird mit der Stelle, an welcher einge-
rieben wird, in mehrfachem Turnus gewechselt. Es genügt in der Regel,
wenn man an den Vorderarmen, Oberarmen und an der Brust
einreiben läßt, dabei mit der linken und rechten Seite wechselt,
wobei ein sechsmaliger Turnus herauskommt. Nur in den Fällen
von besonderer Empfindlichkeit der Haut kann man auch noch
die unteren Extremitäten zur Einreibung verwenden. Wenn die
fünffache Verdünnung dieses Präparates schlecht vertragen werden
sollte und insbesondere, wenn stärkere Allgemeinreaktionen wie
Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel oder Brechreiz auftreten
sollten, so können diese mit Sicherheit beseitigt werden, wenn
man das Präparat noch weiter mit der fünffachen Menge Glycerin
verdünnt, wodurch eine Verdünnung von 1:25 des Original-
präparates hergestellt wird. Nach je viermaliger Einreibung von
einem Tropfen der Anfangsdosis läßt Verf. auf 2 Tropfen, dann
auf 3—4 Tropfen steigen, worauf er nach viermaliger Anwendung
von 4 Tropfen von der nächsthöheren Konzentration einen Tropfen
einreiben läßt, um auch da in der gleichen Weise bis zu 4 Tropfen
zu steigen. Die Einreibungen werden zweimal in der Woche, bei
besonders empfindlichen Individuen dagegen nur einmal in der
Woche vorgenommen. Bei Personen, welche auf die Einreibungen
weder eine Lokal- noch eine Allgemeinreaktion gezeigt haben,
kann die Kur in der gleichen steigenden Weise mit der Einreibung
von 1—4 Tropfen unverdünnten Alttuberkulins abgeschlossen
werden. Hierbei ist nur zu beachten, daß das Alttuberkulin mit-
unter unerwünschte Reizerscheinungen an der Haut verursacht.
Wenn die höchsten Dosen der Einreibung, also entweder 4 Tropfen
des verdünnten oder 4 Tropfen des reinen Präparates, erreicht sind,

*) Ein gebrauchsfertiges Fläschchen der fünffachen Verdünnung dieses
Präparates kostet in der Apotheke 1 Mark.

wird die Kur auf 1—2 Monate unterbrochen, weil die Erfahrung lehrt, daß in dieser Zeit gewöhnlich eine erhebliche weitere Erholung beobachtet werden kann. Daran wird eine neue Etappe der Einreibungskur angeschlossen, bei welcher in der Regel weit geringere Allgemein- und Lokalreaktionen als das erstemal beobachtet werden können. Diese Etappen der Behandlung sind mehrmals zu wiederholen und ist die Dauer der Kur von vornherein auf mehrere Jahre zu veranschlagen. Verf. hält es nach den bisherigen Erfahrungen für notwendig, die Kur bei latenter Tuberkulose mindestens 2 Jahre fortzusetzen, bei manifester Tuberkulose dagegen auf mindestens 2 Jahre nach dem Verschwinden der letzten manifesten Erscheinungen zu erstrecken und später bei allen verdächtigen Erkrankungen zu wiederholen. Diese lange Fortsetzung der Kur, welche zur Erzielung bleibender Erfolge unerlässlich ist, kann bei der perkutanen Tuberkuilinbehandlung leichter als bei der subkutanen Methode durchgesetzt werden, weil die Anwendung durch den Patienten selbst geschieht und nur einer seltenen ärztlichen Kontrolle bedarf. (Anfangs einmal in der Woche, später jeden Monat einmal.) Verf. hat bei latenter Tuberkulose und bei leichteren Fällen manifester Erkrankung schöne Erfolge erzielt. Das weiteste Feld für die Anwendung der perkutanen Tuberkuilinbehandlung bieten die tuberkulösen Familien, in denen bereits ein oder mehrere Todesfälle vorgekommen sind; hier sind die gefährdeten Kinder herauszufinden und bei Vorhandensein latenter Tuberkulose durch die Behandlung der Ausbruch offener Tuberkulose zu verhüten. (M. m. W. 1914 Nr. 18.)

Ein mit Lecutyl (Kupfer-Lezithin) geheilter Fall von Blasen-tuberkulose. Von Dr. Hugo Weiß in Barmen. Was den klinischen Verlauf dieses Krankheitsfalles so bemerkenswert macht, ist der Umstand, daß alle Bemühungen, die Blasentuberkulose mit den üblichen Methoden zu heilen oder auch nur zu bessern, vergeblich waren, daß erst mit dem Einsetzen der Kupfertherapie eine auffallende Besserung in dem fast 7 Jahre bestehenden Leiden wahrzunehmen ist und daß der Patient in der relativ kurzen Zeit von $2\frac{1}{2}$ Monaten ausschließlich durch das Kupfer geheilt ward, das zu 3 mal täglich 2 Pillen intern gereicht und als Salbe zu einer Schmierkur (täglich 1—2 g) appliziert wurde. (M. m. W. 1914 Nr. 28.)

Klinische Beobachtungen über die Wirkung intravenöser Injektionen 10%iger Kochsalzlösungen bei Lungenblutungen. Von J. Moczulski (aus der Abteilung für innere Krankheiten des Krankenhauses „Kindlein Jesu“ in Warschau). Gestützt auf den

Verlauf von 9 Fällen, würde Verf. folgende Schlüsse für angemessen erachten:

1. Die intravenöse Injektion von 10 cm³ 10%iger Kochsalzlösung wird von den Kranken gut vertragen.
2. In allen Fällen, in welchen interne hämostatische Mittel wirkungslos blieben, haben die Injektionen unzweifelhaft die Dauer der Hämoptyse beeinflußt, indem sie verkürzt wurde.
3. Die hämostatische Wirkung tritt nicht sofort ein.
4. Die intravenöse Kochsalzinjektion schützt den Kranken nicht vor weiteren Lungenblutungen. Im letzteren Falle jedoch kann eine Wiederholung des Eingriffes dem Kranken Nutzen bringen.
5. Infolgedessen müssen wir die intravenöse Injektion 10%iger Kochsalzlösung im Verlaufe der Lungenblutungen nur als ein Hilfsmittel mit etwas sichererer Wirkung als andere Mittel ansehen. Obwohl ihre Wirkung unzweifelhaft ist, so darf man sie nicht eine hämostatische Panazee nennen. (W. kl. W. 1914 Nr. 19.)

Hydrastinin „Bayer“ bei Lungenblutung. Von Dr. Röher (aus der Volksheilstätte vom Roten Kreuz Grabowsee). 5 Fälle, wo die subkutanen Injektionen (0,02) eklatanten Erfolg hatten. Eine sehr zweckmäßige Form der Darreichung sind die Ampullen, die in Originalpackung von je sechs in den Handel kommen. Der Preis für 6 Ampullen beträgt 2,25 Mk., so daß eine Injektion 0,40 Mk. kosten würde. Da die Lösung steril ist, ist natürlich die Haltbarkeit eine unbegrenzte. (Ther. Mh. 1914. Nr. 7.)

Tannismut bei tuberkulösen Diarrhöen wurde in der II. Mediz. Klinik in Wien mit bestem Erfolge angewandt, wie J. Vasiljević mitteilt. Nicht nur sehr bald Sistieren der Durchfälle, sondern auch der Koliken. (Ther. d. Gegenw. 1914, August.)

Zur medikamentösen Behandlung der Diarrhöen. Von Dr. M. Henius (Berlin). Bei nervösen Diarrhöen und auch chronischen (namentlich den Sommerdiarrhöen) hat Verf. mit bestem Erfolge Kokain gegeben, und zwar in Form der „Gelonida neurenterica“ (Goedecke & Co., Berlin N. 4), die je 5 mg Kokain enthalten. Erwachsene erhielten 3 mal täglich 3 Stück, Kinder $\frac{1}{4}$ —1 Stück. Aenderung der Diät nicht notwendig. Nie Magenstörungen. (D. m. W. 1914 Nr. 30.)

Zur Keuchhustentherapie empfiehlt Dr. Weinberger (Rastatt) folgendes Rezept:

Euchinin . . .	2,0	Narcophin . . .	0,12
(oder Aristochin . . .)	3,0	Bromoform . . .	0,5
Antipyrin . . .	4,0	Glyzerin . . .	10,0
Luminal . . .	0,8	Spirit. rectific. . .	2,0

Kandiszuckersirup ad 200 ccm.

Umzuschütteln! (Preis 3,20 Mk.)

Dosis: 2 mal täglich (etwa 8 Uhr morgens und 2 Uhr mittags) je nach dem Alter $\frac{1}{2}$ —1 Kaffeelöffel bzw. $\frac{1}{2}$ —1 Eßlöffel, abends die doppelte Dosis. (M. Kl. 1914 Nr. 27.)

Pantopon hat Dr. B. Haake (Berlin) bei Keuchhusten mit bestem Erfolge angewandt, namentlich in Form des gutschmeckenden Pantoponsirups. Ebenso gut wie für die Behandlung des Keuchhustens erweist sich das Pantopon auch zur Linderung aller andern mit Husten verbundenen Erkrankungen der Atemwege im Kindesalter. Zur Bekämpfung des Hustenreizes hat H. Pantopon in jeder Form, sei es als Tabletten, sei es in Lösung oder Sirupform, mit Erfolg angewandt. Bei mangelnder Expektoration empfiehlt es sich, das Pantopon einem Expektorans, z. B. Infusum Ipecacuanhae oder Mixtura solvens und Liquor pectoralis, zuzusetzen.

1. Rp.:

Infus. Ipecac. . . . 0,3 : 130,0
Pantopon 0,05
Liqu. amon. anis. . . 3,0
Sir. spl. 20,0

M. D. S. dreistündl. 1 Teel. voll.

2. Rp.:

Ammon. chlorat. . . . 4,0
Tartar. stib. 0,05
Pantopon 0,05—0,1
Succ. liqu. 5,0
Aqu. dest. ad 200,0

M. D. S. 2—3 stdl. 1 Tee- bis Kaffeel.

3. Rp.:

Liqu. amon. anis. . . . 5,0
Aqu. dest. 175,0
Pantopon 0,05—0,1
Sir. spl. ad 200,0

M. D. S. Umschütteln, 3—6 mal täglich 1 Tee- bis Kaffeelöffel.

(M. Kl. 1914 Nr. 34.)

Ueber Pertussis. Von Dr. E. Popper (Kinderabteilung der Wiener Poliklinik). Es sind 2 Stadien zu unterscheiden, ein organisches (infektiöses), das 5—6 Wochen dauert, und das ihm folgende, auf ganz verschiedene Zeit sich erstreckende Stadium mit typischen Anfällen, das nervöse (psychische). Schon im ersten Stadium sind die Patienten, allerdings in geringem Grade, suggestiv im Sinne einer Besserung beeinflussbar, im zweiten Stadium heilt eine suggestive Behandlung, am besten der faradische Strom, nahezu immer vollständig. Es ist daher auf die psychische Behandlung

der Keuchhustenkranken ein besonderes Gewicht zu legen. Als bestes symptomatisches Mittel im ersten Stadium hat sich Papaverin-Roche (0,2—0,3:100,0, 2 stündlich 1 Kinderlöffel) bewährt, ein durchaus ungiftiges Mittel, das die Anfälle sehr günstig beeinflusste und namentlich auf das Erbrechen auffallend einwirkte.

(M. Kl. 1914 Nr. 26.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ueber die Behandlung der Furunkel und der Acne mit Furunkulinpräparaten „Zyma“. Von Oberstabsarzt a. D. Dr. A. v. Kirchbauer (Nürnberg). Bei erst in Entstehung begriffenen Furunkeln wendet Verf. die Furunkulinseife an. Die Furunkel selbst wie auch die umliegende Haut läßt er direkt mit der mit Wasser angefeuchteten Furunkulinseife tüchtig einreiben. Infolge Eintrocknens des Seifenschaums wird zwar eine unangenehme, aber keineswegs schmerzhaft Spannung der Haut hervorgerufen. Diese Prozedur, die in den meisten Fällen eine Rückbildung der Furunkel herbeiführt, läßt Verf. einige Male des Tages vornehmen. Sind die Furunkel schon so weit vorgeschritten, daß an eine Resolution nicht mehr gedacht werden kann, so läßt er, um eine weitere Uebertragung zu verhüten, die umliegende gesunde Haut ebenfalls tüchtig mit der Furunkulinseife einreiben. Zur Beschleunigung der Eiterbildung und Abstoßung des abgestorbenen Gewebes hat sich der feuchte Verband mit einer alkoholischen Alsol-Thymollösung glänzend bewährt. Bei Acne wendet Verf. ebenfalls die Furunkulinseife an. Vorsicht ist nur im Gesicht bei sehr zarter Haut wegen allenfalls auftretender Reizerscheinungen zu empfehlen. In solchen Fällen wendet Verf. die Furunkulinpaste an; er läßt sie am Abend ziemlich dick auftragen, über Nacht mit oder ohne Deckverband, je nach der betroffenen Stelle liegen und am Morgen mit warmem Wasser entfernen. Von der externen Furunkulintherapie darf man sich einen Erfolg aber nur bei einer Infektion von außen, z. B. bei Furunkeln am Nacken infolge Aufscheuerns der Haut durch den Hemdkragen, versprechen; bei einer Infektion von innen, besonders intestinalen Ursprungs, ist neben der externen Behandlung die interne Verordnung von Furunkulin als Pulver oder in Tablettenform angezeigt. Von den Tabletten werden drei Stück, von dem Pulver ein starker Kaffeelöffel, am besten mit etwas Bier verrührt, vor den Hauptmahlzeiten gegeben. Zur Erhaltung eines reinen Teints empfehlen sich tägliche Waschungen mit Furunkulinseife. Bemerkt sei noch, daß die Furunkulinseife in Anbetracht ihrer desinfizierenden Eigenschaft wie ihres steifen Schaumes sich auch als Rasierseife eignet.

(M. Kl. 1914 Nr. 25.)

Alkalisierung der Gewebe bei diabetischer Furunkulose empfiehlt Dr. Anton Brunner (Klausen, Südtirol). 2 mal täglich Ausspülung mit 5% iger Lösung von Natr. bicarbonic. wirkte sehr günstig auf die Geschwüre ein. (M. Kl. 1914 Nr. 6.)

Bei **Ekzem der Ohrmuschel** wirkt in hartnäckigen Fällen vorzüglich, wie Dr. H. Schwerin (Berlin) mitteilt:

Lenigallol 0,5—2,0

Past. Zinc. ad 25,0

Mfung.: Morgends und Abends auf die vorher mit Oel gereinigte erkrankte Stelle aufzutragen.

(M. Kl. 1914 Nr. 30.)

Eine neue Behandlungsmethode des akuten Ekzems. Von Prof. Dr. Fr. Šamberger (Aus der dermatologischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses in Kgl. Weinberge bei Prag). Verf. sah überraschende Wirkung beim akuten nässenden Ekzem von Waschungen (bezw. Bädern, wo es anging) mit 1% iger wäßriger heißer (so heiß wie möglich!) Resorzinlösung 1—2 mal (bei sehr profusem Nässen 3 mal) täglich. Der Patient taucht einen Leinwandbausch immer wieder (5—10 Minuten) in die Lösung und tupft die erkrankte Partie ab. Darauf Abtrocknung und trockener, lockerer Verband, so daß die Luft Zutritt hat. Das Jucken läßt sehr bald nach, das Nässen nach 2—3 Tagen. Dann Unnasche Zinkpasta. (Derm. Wschr. 1914 Nr. 30.)

Zur Beseitigung des Schweißgeruchs empfiehlt Dr. Kantorowicz warm das Transpirol (Transpirolgesellschaft, Berlin N) als Creme (Einreibung in dünner Schicht; zwischen den Zehen mit kleinen Wattebauschen) und Puder (Einstreuen in Strümpfe und Schuhe). Bei Fuß-, Achsel-, Handschweiß usw. sofortiger Erfolg! Zur Beseitigung des Vaginalgeruchs Spülungen mit Lotion-Transpirol. (Allg. m. Zztg. 1914 Nr. 2.)

Ueber Albinpuder. Von Dr. H. Winkler (Aus dem Ostkrankenhaus Berlin). Bei akuten Ekzemen war die Wirkung des Albinpuders geradezu souverän. Bei alleiniger Anwendung brachte er ganz akute vesikulöse Nachschübe zur Heilung, und er beseitigte in kurzer Zeit das Nässen. Bei einer zweiten Gruppe von Krankheitsformen kam seine, dem Gehalt an Zinksuperoxyd zu verdankende, bakterizide Komponente zur Geltung. War er bei der Sykosis parasitaria nur ein vorzügliches Adjuvans zur Verhütung der Ausbreitung des Krankheitsprozesses, so möchte Verf. ihn bei Folli-

kulitiden und Balanitis geradezu als das Mittel κατ' ἐξοχήν bezeichnen. Beginnende Follikulitis trocknete rasch ein, ehe es zur eitrigen Einschmelzung kam. Bei Impegito contagiosa kam es zur raschen Abheilung der Effloreszenzen. Bei der dritten Gruppe, der Hypersekretion der Schweißdrüsen, wirkte der Albinpuder symptomatisch, d. h. er ermöglichte es, z. B. die Hände dauernd trocken zu halten. Bei starker Achselhöhlenschweißabsonderung bewährte sich seine desodorierende Wirkung. Ebenso beseitigt er den sehr unangenehmen Geruch bei Hyperidrosis pedum, die daneben nur mit Bädern in starker Lösung von übermangansaurem Kali behandelt wurde. Nach seinen Erfahrungen kann Verf. den Albinpuder überall da empfehlen, wo man einen reizlosen, keimfreien, desodorierenden und austrocknenden Puder zur Anwendung bringen will. Namentlich auch in der Säuglingspflege und bei den akuten Hautentzündungen der Kinder dürfte ihm noch ein weites Feld offen stehen. (Derm. Zbl. 1914 Nr. 6.)

Zur Behandlung des Pruritus ani hat sich Prof. Dr. L. Waelsch (Prag) abendliche Kältebehandlung des Anus (Spülung mit dem Arzbergerschen Mastdarmkühler mindestens 20 Minuten lang) bewährt. Nach der Mastdarmkühlung genügt es bei Fällen von Pruritus ani ohne wesentliches Kratzekezem, den Anus einzupudern und ein Flöckchen Watte, das durch den Puder durchgezogen wird, einzulegen. Dieser Puder besteht zweckmäßigerweise aus einem Gemenge vegetabilischen und mineralischen Puders, wobei letzterer in größerer Menge vorhanden sein muß (1:4—5). Der Puder kann 2% Acid. salicylic. oder 10% Empyroform oder 10% Cycloform, Bromocoll oder Tannoform enthalten. Sind ekzematöse Erscheinungen vorhanden, so hat sich, besonders bei krustösem oder nässendem Ekzem, das altbewährte Unguent. diachyli sine ol. Lavandul. (auf Lappen gestrichen als Einlage) noch immer als das Beste erwiesen. (Auch der Karbol-Lithargyrumsalbenmull von Unna ist zu empfehlen.) Nach Ablösung der Krusten und Rückgang des Nässens kann der Diachylonsalbe 10% Empyroform oder 5—10% Ol. fagi oder Pix liquid. zugesetzt werden. Auch Resorzinzinksalben (2—3%) leisten manchmal gute Dienste. Ist die Analhaut nur mehr gerötet und mäßig infiltriert, so genügt nach der Kühlung einfaches Einstreichen eines 10% igen Ol. cadini-Vaselin mit Dazwischenlegen eines Watteflöckchens. Bei Tag wird sich nur bei stärkeren Ekzemerseignissen (Nässen!) der Salbenfleck als notwendig erweisen; zumeist genügen Einlagen mit einem der obenerwähnten Puder oder solche mit (event. verdünnter) Aq. Goulardi. (Prag. m. W. 1914 Nr. 5.)

Bei **Ulcus cruris** empfiehlt Dr. J. Franke (Frankfurt a. M.) die Benutzung von **Ortizonstiften** (Bayer & Co., Leverkusen), einer Verbindung von Wasserstoffsuperoxyd mit Carbamid. Kleine **Ulcera cruris** (etwa halbe Handtellergröße), die stark verunreinigt sind und übel riechen, behandelt Verf. so, daß er zunächst Geschwür und Umgegend mit Watte und Jodbenzin von alten Salbenresten und Krusten befreit, dann mit einem Ortizonstifte bei wiederholtem Anfeuchten des Geschwürs mit nassem Wattebausch alle Buchten und Winkel des Ulcus bis zur energischen Schaumbildung touchiert. Das Bestreichen geschieht leicht ohne Druck ca. 5 bis 8 Minuten dauernd. Es ist fast stets schmerzlos, nur bei sehr empfindlichen Ulcus leicht brennend, was rasch vorübergeht, namentlich wenn man sofort etwa Cycloform aufstäubt. Nach der Ortizonbehandlung verwendet Verf. zur weiteren Reinigung meist nur 1—2 mal Jodoform, und zwar als 10% ige Verreibung mit Carbo vegetabilis, pulverisierter Holzkohle.

Rp. Jodoform plv. 2,0
Carbo vegetabilis ad 20,0
M. exact. DS. 10% Carbojodoform.

Diese Jodoformmischung ist an sich fast ganz geruchlos und wirkt sehr stark desodorierend, da bekanntlich Carbo große Mengen Gase bindet. Schon nach 1—2 Verbänden kann man zu den neueren völlig geruchlosen Jodwundpulvern übergehen. Sehr große verunreinigte **Ulcera cruris** behandelt Verf. in gleicher Weise, nur, daß er bei 2 und 3 Verbänden wöchentlich zwischendurch 2 bis 3 Beinbäder mit weinroter, warmer Kalipermanganatlösung vornehmen läßt. Man erzielt damit eine rasche Reinigung der **Ulcera**, die erste Vorbedingung zur Heilung.

(Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 4.)

Ueber Arthigon. Von Marine-Assistenzarzt Dr. Rohr (Aus der Königl. Univ.-Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiel).

1. Das Arthigon ist ein für Gonorrhoe spezifisches Mittel, das aber nur auf abgeschlossene gonorrhoeische Krankheitsherde (gonorrhoeische Komplikationen) wirksam ist. Epididymitis und Arthritis werden sehr günstig beeinflußt; günstig auch die Prostatitis: Prostataabszesse werden z. T. in sehr kurzer Zeit resorbiert. Ein Einfluß des Arthigons auf akzessorische Gänge wie auf die Urethritis anterior ist nicht beobachtet worden.

2. Das intravenöse Injektionsverfahren hat gegenüber dem intramuskulären bezüglich des Erfolges den gleichen, vielleicht auch etwas besseren Erfolg, bezüglich der Nebenerscheinungen eine angenehmere Wirkung, so daß ihm der Vorzug zu geben ist.

3. Unschädlich sind beide Verfahren.

4. In einem intravenös behandelten Falle wurden nach Arthigon Sehstörungen, die nach 4 Tagen spontan schwanden, beobachtet.

5. Das Fehlen dieser Fieberreaktion, das Fehlen von Lokalreaktionen bei Gonorrhöikern, sowie die hinsichtlich Heilung refraktären Fälle lassen sich auf biologische Differenzen der Gonokokkenstämme des Arthigons und des betreffenden Patienten zurückzuführen.

6. Bei Urethritis posterior wurde in verschiedenen Fällen unmittelbar im Anschluß an eine Arthigoninjektion das Auftreten einer Epididymitis, seltener einer Prostatitis beobachtet. Dieses ist durch ein Aufflackern des gonorrhöischen Prozesses in der Posterior und durch ein Uebergreifen der Gonorrhöe auf Nebenhoden und Vorsteherdrüse zu erklären. Daraus ergibt sich die Warnung, Arthigon bei Erkrankungen der Posterior anzuwenden, eine Warnung, der man um so getroster Folge leisten kann, als der therapeutische Effekt des Arthigons bei dieser Erkrankung, wenn er überhaupt vorhanden, nur ein sehr minimaler ist.

(Derm. Wschr. 1914 Nr. 36.)

Thigan, ein neues äußerliches Antigonorrhöikum, hat Dr. Gustav Stümpke (Dermatolog. Stadt Krankenhaus II Hannover-Linden, Linden) bei etwa 400 Fällen angewandt. Das Präparat (Thigenol-Silber), von der Firma G. Hennig in Berlin in den Handel gebracht, hat bakterizide und adstringierende Eigenschaften und erwies sich als gutes Antigonorrhöikum, das gut vertragen wurde, auch bei bestehenden Komplikationen. (M. m. W. 1914 Nr. 29.)

Darf bei weichen Schankergeschwüren prophylaktisch Salvarsan angewandt werden? Von Prof. Erich Hoffmann (Aus der Universitäts-Hautklinik in Bonn). Verf. kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Reine Infektionen mit Ulcus molle sind weit häufiger, als H. Müller annimmt.

2. Durch genaueste klinische Ueberwachung, sorgsame und wiederholte mikroskopische Untersuchung (auch des Gewebs- und Drüsensaftes) sowie regelmäßige Prüfung der Wassermannschen Reaktion läßt sich eine gleichzeitige syphilitische Infektion neben weichem Schanker mit genügender Sicherheit feststellen, wobei zu beachten ist, daß leichte Hemmungen der Hämolyse auch bei weichem Schanker mitunter vorkommen können.

3. Der Vorschlag, bei jedem Ulcus molle sofort Salvarsaninjektionen prophylaktisch anzuwenden, ist völlig unbegründet und

würde uns auf einen Stand unseres Wissens zurückführen, den wir durch eine Reihe bedeutungsvoller Entdeckungen glücklich überwunden haben.

4. Die Verzögerung, die durch die völlige Sicherung der Diagnose in nur wenigen Fällen entsteht, erschwert die Abortivheilung der Syphilis nicht erheblich und bedeutet gegenüber der Verwirrung, die durch prophylaktische Salvarsanbehandlung aller *Ulcer molia* entstehen würde, keinen wesentlichen Nachteil.

(M. m. W. 1914 Nr. 27.)

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Kalzium gegen entzündliche Prozesse der weiblichen Genitalien. Von Dr. E. Landsberg (Univers.-Frauenklinik Halle). Verf. hat eine 1%ige Lösung von Calcium lacticum verwendet und diese Flüssigkeit subkutan injiziert. Eine gefürchtete unliebsame Nebenwirkung besteht in einer event. stärkeren Hautreizung. Diese aber läßt sich leicht dadurch umgehen, daß man die zu injizierende Flüssigkeit auf mehrere Stellen verteilt. 2—3 ccm können ohne Sorge für die Haut eingespritzt werden. Da die Hautempfindlichkeit verschieden ist, so empfiehlt sich ein sondierendes Vorgehen mit allmählich steigenden Dosen. Mehr als 4 ccm hat Verf. nie an einer Stelle eingespritzt, und im ganzen wurden jedesmal nicht mehr als 10 ccm verabfolgt. Die Injektion wurde jeden 2. bis 3. Tag wiederholt und erfolgte in möglichster Nähe der entzündeten Teile. Im ganzen hat Verf. 18 Fälle mit subkutanen Einspritzungen von Calcium lacticum behandelt. In 10 Fällen handelte es sich um große Adnextumoren, die zum großen Teil mit Erscheinungen von akuter Beckenperitonitis einhergingen. Von diesen konnten 6 als völlig geheilt entlassen werden, d. h., es war bei der Palpation keine Veränderung der Anhänge mehr nachweisbar. In 3 Fällen fand sich noch eine leichte Verdickung der Adnexe. Die Patientinnen hatten davon aber nicht die geringsten Beschwerden und haben nach Wochen noch mitgeteilt, daß sie auch bei der Arbeit sich völlig gesund fühlen. Zwei Fälle kamen noch zur Operation. Aber Verf. hatte auch bei diesen den bestimmten Eindruck von einem günstigen Einfluß der Kalziumbehandlung, welche den Erfolg hatte, daß die Operationen sich relativ leicht gestalteten. Bei einem Fall von sehr starkem Douglasexsudat blieb der Erfolg aus. Hingegen reagierten 2 Fälle von weitgehender Parametritis sehr gut, und auch in 4 Fällen von frischer Entzündung mit akuter Reizung der Anhänge und des Beckenperitoneums wurde ein gleichgünstiges Resultat erzielt. Des

Versuches halber wurden die Fälle z. T. zunächst in alter Weise behandelt und erst, als die Heilung nicht vorwärts ging, zur Kalziuminjektion geschritten. Teils wurde nur mit Kalzium behandelt, teils gleichzeitig die übrigen konservativen Behandlungsmethoden angewendet. Da wir bei den genannten Prozessen sowohl entzündungshemmend als resorbierend wirken wollen, so empfiehlt sich die Kombination von Kalziumbehandlung mit resorbierenden Mitteln. Im Beginn, wo starke Schmerzhaftigkeit und Temperatursteigerung im Vordergrund stehen, werden wir uns zweckmäßig auf Kalziuminjektionen und Ruhe beschränken, und wenn, wie das meist schon nach wenigen Tagen der Fall ist, die akuten Erscheinungen abgeklungen sind, die resorbierenden Methoden zufügen. Auch die lokale Anwendung von Kalziumpräparaten hat sich bewährt. So möchte Verf. zur Behandlung der Vaginitis Spülungen von 5%iger Calciumlacticumlösung empfehlen. Trockenbehandlung mit Kalzium ist ebenfalls möglich, insbesondere auch seine Verwendung bei stark sezernierenden Wunden. Man kann, um gleichzeitig auch eine stärkere desinfizierende Wirkung auszuüben, dann beispielsweise Phenol-Kalzium verwenden. (Calc. carbolicum 10,0—20,0. Zn. oxyd., Amyl. āā ad 200,0.)

(Ther. Mh. 1914 Nr. 5.)

Phenoval bei gynäkologischen Erkrankungen. Von San.-R. Dr. E. Falk (Berlin). Guter Erfolg bei Dysmenorrhoe. Nach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde (Dosis 1 g in Pulver- oder Tablettenform) wesentliches Nachlassen der Schmerzen bis oft zur völligen Schmerzlosigkeit. Bei Pruritus vulvae mehrfach Nachlassen der Beschwerden. (B. kl. Wschr. 1914 Nr. 20.)

Können Gebärmutterblutungen durch Moorbäder geheilt werden? Von Dr. Nikolaus Cukor in Franzensbad. Die rechtzeitige Anwendung von Moorbädern ist angezeigt: 1. bei Menstruationsstörungen, welche nach Infektionskrankheiten, Influenza, Scarlatina, Gelenkrheumatismus usw. zurückgeblieben sind; 2. bei Menstruationsstörungen, welche bei Stoffwechselkrankheiten, Anämie, Chlorose, Fettsucht usw. vorkommen; 3. bei Menstruationsstörungen, welche nach Endometritis, Metritis, nach Entzündungen der Ovarien bzw. der Adnexe und deren Umgebung aufgetreten sind; 4. indiziert sind ferner die Moorbäder nach erfolgter Curettage zum Zwecke der kausalen Therapie. (M. Kl. 1914 Nr. 21.)

Hydrastopon, ein neues Antidysmenorrhoeum. Von Prof. Dr. H. Walther, Gießen. Das Präparat, eine Kombination von

Papaverin. hydrochloric. „Roche“ (in 100 g 0,2) und Hydrastinin. synth. „Roche“ (in 100 g 0,08) wurde in 14 Fällen gegeben, davon 10mal mit Erfolg. Verf. verordnete am Tage der Periode, mit Einsetzen der Schmerzen bzw. anderer Symptome der Periode: einen Eßlöffel, nach 3—4 Stunden einen zweiten Eßlöffel und nach Bedarf am zweiten Tage noch einen Eßlöffel. Bei der therapeutischen Dosis von 0,025 Hydrastinin. hydrochlor. synth. und 0,05—0,07 Papaverin dürften für leichtere Fälle 20—30 g, also etwa ein bis zwei Eßlöffel am Tage genügen, wiewohl ohne Gefahr bei schweren, hartnäckigen Fällen auch größere Dosen, bis drei Eßlöffel pro die, verabreicht werden können. Es handelte sich in vier Fällen um Retroversio uteri (zum Teil leicht fixiert und mit Oophoritis kompliziert), und zwar zweimal bei jungen Mädchen, zweimal bei steril verheirateten Frauen, dreimal um chronische Pelveoperitonitis, einmal um chronische Metritis (Metropathie) nach dem Wochenbette, viermal um junge Mädchen mit postponierenden, sehr schmerzhaften Menses bei chronischer Endometritis, einmal um frische Adnexerkrankung, einmal um abgelaufene Adnexerkrankung und abgelaufene, aber operierte Tubarschwangerschaft. In drei Fällen bestanden Komplikationen mit Magen- und andern Magendarmerscheinungen, davon zwei Fälle mit Ulcuserscheinungen, ein Fall mit gleichzeitigem Dickdarmkatarrh. — Bei dem Fall von chronischer Magendarmstörung, der lange Zeit vergeblich ärztlich behandelt worden war, mit allen möglichen Kuren, vorwiegend aber Morphium und Opium, ist bis jetzt (seit zirka vier Monaten) deutliche Besserung eingetreten. Wenn auch die Beobachtung der Fälle erst $\frac{1}{2}$ Jahr, längstens $\frac{3}{4}$ Jahre zurückliegt, so scheint es doch bis zu einem gewissen Grade berechtigt zu sein, schon jetzt einen Schluß auf die Wirksamkeit des Präparats zu ziehen. Verf. wird das Mittel jedenfalls weiter versuchen. Der Erfolg schien da am deutlichsten, wo über Blutansammlung in utero, also Abgang größerer Blutklumpen mit typischen Krampfanfällen geklagt wurde. Daß auch einige Versager dabei sind, beweist nichts. Verf. kann das Mittel jedenfalls zur Nachprüfung empfehlen; vielleicht gelingt es nach den verschiedenartigen, mehr oder weniger widersprechenden Beobachtungen, diejenigen Fälle von Dysmenorrhöe herauszufinden, in denen das neue Mittel in erster Linie in Betracht kommen kann. Verf. ist weit entfernt, so kritiklos zu sein, es überhaupt gegen Dysmenorrhöe zu empfehlen, wohl aber möchte er an Stelle einer kritiklosen Morphinuminjektion und der Verwendung von Opium, an dessen Stelle Verf. Pantopon (in Tropfen- oder Tablettenform) immer noch vorziehen würde, einen Versuch anraten. Schädliche

Nebenwirkungen hat Verf. bis jetzt nicht gesehen. Hydrastopon wurde stets gut vertragen. (M. Kl. 1914 Nr. 20.)

Ueber „Katamen Cefag“, ein neues, wirksames Mittel gegen Dysmenorrhoe. Von Dr. B. Streit, Bern. Chemisch ist „Katamen“ im wesentlichen Pyrazolon-phenyl-dimethyl-sulfamidobenzoicum, es gehört also in die nämliche Gruppe wie Antipyrin und Pyramidon. Man kann es ansehen als Natrium benzoicum, in dem Na durch Antipyrin ersetzt und in die Benzoesäure eine Sulfamidgruppe eingefügt wurde. So enthält also Katamen eine ganze Anzahl schmerzstillender Seitenketten; schon im Antipyrin sind drei solche vorhanden, im Katamen ist noch eine vierte hinzugekommen, in Form des Benzoesulfamid. Die chemische Zusammensetzung ist also eine sehr zweckmäßige, und es kann aus ihr die prompte schmerzstillende Wirkung schon theoretisch gefolgert werden. Verf. hat konstatieren können, daß „Katamen“ meist rasch und sicher die Schmerzen stillte, daß es gut vertragen wurde und in den von ihm verordneten Dosen von ein bis drei Tabletten innerhalb drei Stunden keine Nebenerscheinungen machte. „Katamen Cefag“ wird hergestellt von der Chemischen Fabrik AG. Aarau. Es kommt in den Handel in Form von Tabletten à 0,5 g (Tuben à 15 Stück: 1,80 Fr.). (Schweiz. Korr. Bl. 1914 Nr. 25.)

Zur Anästhesierung des Uterus. Von Dr. E. Kraus (Brünn). Um die Dehnung der Cervix bei Abrasio wegen Endometritis schmerzlos zu gestalten, verwandte Verf. Novokain-Suprarenin, das er unter Druck an die Cervixwände anpreßte, und zwar mittels der eingeführten Hegarstifte. Er machte es so, daß er die betreffenden Anaesthetica in Syrupus simplex löste, den Syrup durch Kochen, wie der gebräuchliche Ausdruck lautet, zum Spinnen brachte und nun diese Masse an die einzelnen Hegarstifte anschmelzen ließ. Die mit der Zuckerglasur überzogenen Stifte müssen natürlich vor der Operation vorbereitet sein und knapp vor dem Einführen noch in laues Wasser getaucht werden. Die Syruplösung war folgendermaßen dosiert: auf 100 g Syrup kommen 5 g Novokain und 0,15 g Suprarenin. comp. Höchst. Die Operation hat den kaum in die Wagschale fallenden Nachteil, daß sie lange dauert, weil man jeden Stift solange im Cervix belassen muß, bis er halbwegs abschmilzt und die beabsichtigte Anästhesie eintritt. Gewiß ein Nachteil, der aber durch die schmerzlose Ausführung der Operation weit aufgewogen wird. Die Asepsik der so präparierten Stifte läßt nichts zu wünschen übrig, da die ausgekochten Stifte in eine durch Kochen sterile Syruplösung getaucht

werden und überdies Zucker selbst als Antiseptikum bereits verwendet wird. Verf. hat mit diesem Verfahren 24 Abrasionen bei Endometritis gemacht, und ohne Rücksicht darauf, ob es sich um Nulliparae oder Multiparae gehandelt hat, einen zufriedenstellenden Erfolg konstatieren können. — Auch für die Urologie wird sich die Methode gut verwenden lassen, indem hier (Dehnung von Strikturen) die Sonden zur Anwendung gelangen.

(M. m. W. 1914 Nr. 27.)

Zur Behandlung des inoperablen Uteruskarzinoms mit Azeton. Von Dr. E. Vogt (Aus der kgl. Frauenklinik Dresden). Der Azetonbehandlung muß eine möglichst gründliche Exkochleation des Karzinoms vorausgehen. Wegen der Gefahr der Perforation nach der Blase, dem Rektum oder der Bauchhöhle zu muß man dabei mit großer Vorsicht zu Werke gehen. Mit der Kurette oder dem scharfen Löffel wird nur das entfernt, was sich von den Karzinommassen ohne große Gewalt abkratzen läßt. Bei mäßiger Blutung wurde sofort in den Karzinomtrichter Azeton eingegossen; bei größeren Wundhöhlen mit stärkerer Blutung wurde der Krater erst mit dem Paquelin oder Thermokauter verschorft und damit stets eine vollkommene Blutstillung erreicht, was bei einfacher Azetonbehandlung nicht immer gelingt. Beim Eingießen des Azetons sind verschiedene Vorsichtsmaßregeln zu beachten, wenn die Behandlung schmerzlos sein soll. In geringer Beckenhochlagerung wird ein Milchglasspekulum vorsichtig so eingeführt, daß nur der Karzinomkrater gut eingestellt ist. Die Scheide und das gesunde Gewebe müssen unbedingt gedeckt und dürfen nicht sichtbar sein. Zu dem Zwecke muß man eben Milchglasspekula in den verschiedensten Größen vorrätig haben. Bei der Einführung des Spekulum und bei Einstellung des Kraters darf man nie Gewalt anwenden, da die Gefahr des Einbruchs in die Blase, Mastdarm oder Bauchhöhle gerade nach der Exkochleation recht groß ist. Die Patientin, welche sich in geringer Beckenhochlagerung befindet, kann das Spekulum selbst in situ halten. Man gießt zwei bis drei Eßlöffel Azeton in das Spekulum ein. Wenn man dann nach ungefähr 10 Minuten das Spekulum senkt und das Azeton entleert, so kommt mit dem Azeton meist ein großes Blutgerinnsel heraus. Dabei muß man sehr darauf bedacht sein, daß auch nicht die geringste Spur von Azeton an die Vulva oder an den Damm kommt. Im Gegensatz zur Scheide verursacht nämlich Azeton auf der äußeren Haut ein Gefühl von Brennen, das mit starken Schmerzen verbunden ist. Das läßt sich aber sicher vermeiden, wenn man das Spekulum außen in dicker Schicht mit Vaseline bestreicht, und

wenn man die äußere Haut, vor allem am Damm, auch mit Vaseline schützt. Man drückt am besten einen mit Vaseline bestrichenen Wattebausch fest in die Gesäßfalte und auf den Damm. Nach dem Abgießen wird nochmals von neuem Azeton eingegossen, das man ungefähr 20 Minuten einwirken läßt. Wenn auch dann diese zweite Portion abgegossen ist, muß man peinlichst auch noch den letzten Rest von Azeton mit wassertriefenden und trockenen Tupfern aus der Scheide entfernen, damit nicht noch später eine Verätzung der Vulva eintreten kann. Wenn man diese Vorsichtsmaßregeln genau durchführt, kann die Azetonbehandlung selbst keine Schmerzen verursachen. Nach Abspülen der Vulva mit Sublimatlösung wird die Scheide mit steriler Gaze tamponiert; die Tamponade wird nach 24—48 Stunden entfernt. Die Dauer der Bettruhe nach der Exkochleation und der ersten Azetonbehandlung richtet sich ganz nach dem Allgemeinzustand der Frau und dem bei der Exkochleation erlittenen Blutverlust; im allgemeinen genügen 2—5 Tage. Auf diese Weise setzt man die Nachbehandlung noch mehrere Wochen fort, am Anfang in 2—3 tägigen Abständen. Wenn der Fall günstig liegt, wenn sich der Krater reinigt und immer mehr verkleinert, so braucht man nur noch alle 14 Tage oder alle 4 Wochen die Behandlung mit Azeton in gleicher Weise durchzuführen. Von lokalen Veränderungen fallen in günstig beeinflussten Fällen zwei Punkte auf: Das makroskopisch intakte Gewebe der Scheide schrumpft auffallend, so daß man immer kleinere Specula anwenden muß, ja es kann zu einer Stenosierung der ganzen Vagina kommen. Die Granulationsbildung geht oft rasch vor sich, die Blutung und Jauchung verschwinden. Gerade die Blutungen, durch welche die Patientinnen objektiv und subjektiv stark leiden, kommen fast stets in Fortfall. Es gibt aber auch Fälle, welche nach der ersten Exkochleation mit Azeton nicht beeinflusbar scheinen; Blutung und Jauchung halten an. Hier tritt manchmal doch noch ein deutlicher Erfolg ein, wenn man die Exkochleation in kürzeren Zwischenräumen 2—3 mal wiederholt, um dann stets sofort wieder die Azetonbehandlung anzuschließen. Der jauchige Ausfluß, der penetrierende Geruch, der vorher bestand, verschwindet meist vollständig. Wenn im Anfang der Behandlung noch Fluor besteht, so ist er stets nur serös, nicht übelriechend, auch der Quantität nach sehr verringert. Da man für diese Methode kein besonderes Instrumentarium braucht, so läßt sie sich auch in der allgemeinen Praxis und in der Sprechstunde ohne jede Schwierigkeit und ohne Assistenz durchführen. Ein großer Vorteil der Methode ist darin zu erblicken, daß bei ihr jede Spülbehandlung fortfällt. Die Frauen werden streng angewiesen,

in der Zwischenzeit keine lokale Behandlung vorzunehmen; nur Reinigungssitzbäder sind gestattet. Das Allgemeinbefinden wird meist günstig beeinflusst. (Ther. Mh. 1914 Nr. 2.)

Apparate und Instrumente.

Ein neues Taschenbesteck für die Desinfektion mit Jodtinktur. Von Dr. J. B. Bannwarth in Mülhausen. Das Medizinische Warenhaus in Berlin (Karlstraße 31) hat ein Taschenbesteck konstruiert, das in allen Teilen aus jodfestem Material, d. h. Glas und Aluminium, hergestellt ist. Es besteht aus einem Gehäuse aus Aluminium, in dem ein Glasbehälter befestigt ist, der mit Glaswolle gefüllt ist, welche letztere zum Aufnehmen und Festhalten der Jodtinktur, gewissermaßen als Jodkissen, dient. Der Glasbehälter ist hermetisch durch einen Glasdeckel verschließbar, der im Deckel des Etuis befestigt ist. Außerdem sind in dem Besteck noch eine Aluminiumpinzette und ein Glaspinsel untergebracht. Das Ganze wiegt 150 g, ist $9\frac{1}{2} \times 7\frac{1}{2}$ cm groß, $2\frac{1}{2}$ cm hoch und kann bequem in der Tasche getragen sowie in jedem Verbandkasten, jeder Sanitätstasche usw. untergebracht werden. Die Handhabung ist äußerst einfach. Das Jodkissen wird mit soviel Tinktur imprägniert, als es, ohne auszufließen, fassen kann. Zur Applikation wird ein Wattebausch mit der Aluminiumpinzette gefaßt und gegen das Glaskissen angedrückt, bis er sich vollgesogen hat, oder man gebraucht in derselben Weise den Glaspinsel. Von Zeit zu Zeit muß etwas Jodtinktur zum Ersatze der gebrauchten nachgeschüttet werden. Die Vorteile dieses Taschenbestecks liegen klar auf der Hand. Die bei allen Jodflaschen vorhandenen Uebelstände, insbesondere die ständige Beschmutzungsgefahr, fallen völlig weg, da ja gar keine verschüttbare Flüssigkeit vorhanden ist; ebensowenig kann eine Verdunstung der Tinktur eintreten. Das Etui ist leicht transportabel sowie jederzeit und beliebig oft gebrauchsfertig. (D. m. W. 1914 Nr. 24.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voß in Leipzig und Hamburg.

XXIV. Jahrgang

Nr. 3.

Dezember 1914

Auszüge.

Aetiologisches.

Eine bisher nicht beachtete Quelle des Tetanus traumaticus hebt Dr. E. Jakobsthal (Allgem. Krankenhaus St. Georg in Hamburg) hervor: das Blutstillungsmittel Pengawar Djambi. Im Anschluß an 2 Fälle von Tetanusinfektion beim Menschen, bei denen dieses Mittel in tiefe Wunden zur Blutstillung eingestopft wurde, hat Verf. eine Anzahl Proben auf ihren Gehalt an Tetanuskeimen untersucht. Es ist ihm bisher so gelungen, in 3 von 7 verschiedenen Proben Pengawar Djambi durch Anreicherungsverfahren Tetanuskeime nachzuweisen. Für gewöhnlich wird Pengawar Djambi nur für oberflächliche Wunden benutzt, und daher kommt es, daß solche Beobachtungen bisher nicht vorliegen. Jedenfalls möchte Verf. dringend davor warnen, bei tiefen Wunden unsterilisiertes Pengawar Djambi anzuwenden. Untersuchungen über Einwirkung der Desinfektion auf die blutstillende Kraft sind im Gange.
(M. m. W. 1914 Nr. 41, Feldärztl. Beil.)

Beobachtungen über die Ausscheidung der Typhusbazillen durch Bazillenträger (Dauerausscheider). Von Dr. Albert Hirschbruch (Aus der Kaiserlichen bakteriologischen Anstalt für Lothringen in Metz). Nicht alle Bazillenträger scheiden regelmäßig die Typhusbazillen aus; manche entleeren sie unregelmäßig, so daß es oft vielfacher Untersuchungen bedarf. Als ein Mittel, das die Ausscheidung mitunter anregt, hat sich Aloe-Podophyllin erwiesen. Man gibt morgens 2 Pillen (Aloe 3,0, Podophyllin 0,3,

F. pill. Nr. 30). Es hat sich herausgestellt, daß mit Hilfe dieses Abführmittels der Nachweis von Typhusbazillen bei einer nicht unerheblichen Zahl von periodischen Ausscheidern selbst dann noch gelingt, wenn Rizinusöl ohne Erfolg gegeben war. Die Ausscheidung der Typhusbazillen nach Aloe-Podophyllin erfolgte bei einem Teil der Bazillenträger mit dem Stuhl, bei anderen mit dem Urin; die Wirkung auf die Bazillenausscheidung mit dem Urin ist dadurch zu erklären, daß Aloe nicht bloß ein Laxans ist, sondern auch Hyperämie in den Organen des kleinen Beckens und in den Nieren hervorruft. Es hat sich herausgestellt, daß auch bei den positiv reagierenden Fällen nicht stets die erste Stuhlentleerung der Bazillenträger nach dem Einnehmen von Aloe mit Podophyllin die Typhusbazillen enthält. Deshalb ist es zweckmäßig, mehrere Tage hindurch von jeder Entleerung eine Probe zur Untersuchung senden zu lassen. Die hierdurch verbesserte Aussicht, bei Bazillenträgern häufiger richtige Diagnosen zu stellen, muß uns veranlassen, soweit es nur irgend tunlich erscheint, den Typhusrekonvaleszenten vor den letzten Schlußuntersuchungen Aloe-Podophyllin zu geben und sie erst bei negativem Ausfall der daraufhin erfolgenden Entleerungen als „bakteriologisch genesen“ zu erklären. Wo es bei den Umgebungsuntersuchungen, die im wesentlichen auf das Auffinden von Bazillenträgern (und außerdem auf die Entdeckung ambulanter Typhusfälle) abzielen, irgend durchführbar ist, empfiehlt sich die Anwendung der Methode. Es wird darauf Bedacht zu nehmen sein, den Typhusrekonvaleszenten die Pillen nicht zu einer Zeit zu geben, zu welcher der Zustand des krank gewesenen Darms noch eine Gefahr für ihn befürchten läßt.

(B. kl. W. 1914 Nr. 25.)

Myositis ossificans traumatica der Oberschenkelstreckmuskulatur als Unfallsfolge. Von Dr. Heinrich Mohr in Bielefeld. Dem 24jährigen Manne fiel eine eiserne Schiene auf die Rückseite etwa der Mitte des linken Oberschenkels. Die sofort auftretende schmerzhaftige Schwellung ging unter Umschlägen nur teilweise zurück. Das Röntgenbild ergab 10 Tage nach dem Unfall negativen Befund. 5 Tage später schlug dem Verletzten ein Karrenbaum gegen dieselbe Stelle. Schmerzen und Schwellung nahmen wieder zu, die Streckmuskulatur wurde immer härter, und ein 2 Monate später aufgenommenes Röntgenbild zeigte einen deutlichen Schatten im Bereiche des M. quadriceps, welcher stark verdickt und knochenhart sich anfühlte. Wegen des raschen Wachstums der Geschwulst, der nicht auszuschließenden Bösartigkeit und der zunehmenden Funktionsstörung hielt der damals behandelnde Arzt

die Exstirpation der Verknöcherung für angezeigt; bei der Operation fanden sich Reste eines großen Blutergusses im Muskelzwischen- gewebe sowie ein frischer Verknöcherungsprozeß im Bereiche des Blutergusses. Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Knochenstückes ergab frische, entzündliche Myositis ossificans. Die Femurdiaphyse erschien vollkommen intakt. 3 1/2 Monate später fand sich im M. rectus femoris an der gleichen Stelle wie früher wieder eine hühnereigroße Verhärtung, welche auf Druck nicht besonders empfindlich und gegen den Knochen frei verschieblich war. Das Röntgenbild zeigte eine völlig intakte und glatte Femur- diaphyse; im Muskelgewebe war kein Knochenschatten zu sehen. Der damals begutachtende Arzt nahm daher an, daß die Verhärtung entweder aus reichlichen Bindegewebsmassen an der Stelle des früheren Blutergusses bestehe oder eine frische Knochenneubildung im Stadium des Knorpelgewebes sei. Eine weitere Nachunter- suchung, 7 Monate später, etwa ein Jahr nach den Unfällen, ergab, daß von einer Verhärtung keine Spur mehr zu finden war, jedoch bestand eine starke Atrophie und Schlaffheit der Muskulatur mit deutlicher Streckschwäche des Beins. — Für die Behandlung ergeben Erfahrungen der letzten Jahre, daß man möglichst konservativ verfahren soll. Denn eine spontane, mehr oder weniger völlige Rückbildung der Verknöcherung mit völliger Wiederherstellung der Funktion ist häufig, sogar ohne jede Behandlung, beobachtet worden. Die Resorption kann durch Ruhe und Anwendung feuchter und trockener Wärme befördert werden, während Massage zu ver- meiden ist. Eine Operation kommt nur dann in Frage, wenn nach längerem Bestehen ein nicht mehr resorptionsfähiger Knochen schwere Funktionsstörungen hervorruft. Nach Schulz gibt die Operation, welche erst nach Monaten und nachdem der Prozeß zur Ruhe gekommen ist, ausgeführt werden sollte, keine besseren funktionellen Erfolge als die konservative Behandlung. Nach der Operation sind mehrfach Rezidive beobachtet worden.

Auch in obigem Falle spricht das Rezidiv nach der Operation und der weitere Verlauf mit fast völliger spontaner Resorption des Rezidivs dafür, daß die Operation vermutlich überflüssig war. (Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1914 Nr. 14.)

Myositis ossificans traumatica. Von Stabsarzt Dr. Hermann Schöppler (Aus der pathologisch-anatomischen Abteilung der militärärztlichen Akademie München). Die Verknöcherung der Muskulatur trat als unmittelbare Folge einer Ellenbogenluxation auf. Es ist nun eine bekannte Tatsache, daß gerade bei dieser Art von Verletzungen im Bereiche eines Gelenkes Verknöcherungs-

zustände in der umliegenden Muskulatur eintreten können. So erwähnt Wendt in seiner Arbeit über die Verletzungen des Ellenbogengelenkes, daß er in 80 % seiner Fälle von Ellenbogenluxationen eine Myositis ossificans vorfand. Ebenso schreibt Machol, daß er sie in 90 % seiner Fälle nach Luxationen im Ellenbogengelenk auftreten sah. Auch Sudeck gibt auf Grund seiner eigenen Beobachtungen an, daß eine Ossifizierung, sei es in größerem oder geringerem Umfange, bei Verletzungen des Ellenbogengelenkes und besonders bei Luxationen desselben eine keineswegs so seltene Erscheinung ist, als vielfach angenommen wird.

(M. m. W. 1914 Nr. 40.)

Diagnostisches.]

Differentialdiagnose der Ruhr gegenüber anderen ähnlichen Darmkrankheiten. Von Geh. Rat Prof. Dr. Ad. Schmidt in Halle. Das Wichtigste bei der Ruhr ist, verdächtige Fälle sofort zu isolieren. Der Verdacht wird erweckt durch ziemlich plötzlich einsetzende, mit heftigem Tenesmus verbundene diarrhöische Entleerungen, die sich in kurzen Zeiträumen folgen, aber stets nur wenig Material zutage fördern. Dieses Material, in der allerersten Zeit vielleicht noch uncharakteristisch, nimmt alsbald eine eigentümliche Beschaffenheit an: es sind flüssige, durch Blutbeimengung hellrot gefärbte, oft nur mit spärlichen Kotpartikelchen gemischte „Spritzer“, in denen weißliche Flocken auffallen, die gewöhnlich als kleine „Gewebsfetzen“ angesprochen werden, aber bei mikroskopischer Betrachtung als Detritus (nekrotisches Epithel) erscheinen. Die Stühle haben einen leimartigen Geruch. Die Entleerungen sind völlig unabhängig von der Nahrungsaufnahme und erfolgen ohne nennenswerte Kolikschmerzen. Wenn über Schmerzen geklagt wird, so handelt es sich immer nur um den Stuhlzwang, der so heftig werden kann, daß er die Kranken auch in den Zwischenzeiten zwischen den Entleerungen nicht verläßt, so daß sie kaum von dem Nachtgeschirr herunterkommen. Ueberfällt er sie, während sie liegen, so bleibt oft nicht die Zeit, zum Nachtgeschirr zu gelangen, so daß häufig die Wäsche, das Bett und der Fußboden beschmutzt werden. Fast immer fiebern die Kranken gleichzeitig, sie brechen aber in der Regel nur einmal im Anfang, und der Appetit ist keineswegs immer in erheblichem Maße beeinträchtigt. Der Leib ist eingezogen, nicht oder nur ganz wenig in der Gegend der Flexur druckschmerzhaft. In schwereren Fällen ist das Gesicht eingefallen und blaß, der Puls frequent und klein. Von den Krankheiten, die zur Verwechslung führen können, lassen sich die

akuten infektiösen Gastroenteritiden (Brechdurchfall, Sommerdiarrhøe, akute Paratyphusinfektionen, Cholera nostras) meistens schon durch die Stuhlbesichtigung unterscheiden: In allen diesen Fällen, und auch beim Typhus und bei der echten Cholera, ist der Stuhl zwar ebenfalls flüssig, aber meist reichlich und von fäkulenter bezw. wässriger Färbung. Es fehlen die hellrote Färbung durch verdünntes Blut und die weißlichen Flocken; es fehlt ferner der sehr bezeichnende Tenesmus. Hier handelt es sich eben um Dünndarmdiarrhöen, während bei der Ruhr die Erkrankung meistens ausschließlich den Dickdarm ergreift, und zwar in Gestalt einer schweren diffusen Entzündung, deren Produkte in den Entleerungen wieder erscheinen. Schwieriger abzutrennen sind folgende Zustände:

1. Die einfache, nichtspezifische Colitis acuta, die auch mit leichtem Fieber und blutig gefärbten Entleerungen einhergehen kann. Sie verrät sich durch das Vorhandensein mehr oder minder reichlicher Schleimbeimengungen zum Stuhl, gelegentlich besteht der ganze Stuhl nur aus Schleim von stellenweise blutiger Färbung. Bei der echten Ruhr fehlen größere Schleimmassen, aus dem einfachen Grunde, weil das schleimbildende Epithel nekrotisch zugrunde geht. Das Allgemeinbefinden ist bei der Colitis acuta in der Regel nicht sehr erheblich gestört, der Tenesmus fehlt entweder oder erreicht doch nicht den hohen Grad wie bei der Ruhr. An seine Stelle treten kolikartige Leibschmerzen vor den Entleerungen.

2. Die ebenfalls unspezifische Colitis suppurativa (gravis, ulcerosa). Sie ist zwar vornehmlich ein chronisches Leiden, kann aber auch akut einsetzen und stellt dann gewissermaßen eine schwere Form von akuter Kolitis vor. Die Blutbeimengungen zum Stuhl können sehr reichlich werden, daneben ist Schleim und weiterhin als entscheidendes Merkmal Eiter in mehr oder minder erheblicher Menge im Stuhl vorhanden. Die Entleerungen folgen sich nicht so schnell wie bei der Ruhr, ihre Begleiterscheinungen sind dieselben wie bei der akuten Kolitis.

3. Die akute Proktitis ist fast immer ein sekundärer Prozeß, bedingt durch sehr harte Kotballen, Hämorrhoiden, Polypen, Fremdkörper usw. Heftiger Sphinkterkrampf mit Zurückhaltung des an sich normalen Stuhles. Dazwischen Absonderung kleiner Mengen von Entzündungsprodukten.

Die hier genannten, nichtspezifischen Affektionen des Kolons treten fast immer nur vereinzelt auf. Von den in gehäufte Form vorkommenden Affektionen wäre nur noch die Pseudodysenterie-

infektion zu nennen, die sich nur auf bakterioskopischem Wege von der Bazillenruhr abtrennen lassen.

(M. m. W. 1914 Nr. 38, Feldärztl. Beil.)

Ein Frühsymptom der perniziösen Anämie. Von Prof. Dr. Heinrich Stern in New-York. In 2 Fällen echter perniziöser Anämie als frühes Symptom Wundsein der Zunge und des Zahnfleisches, periodisch auftretend. Sonst nur mäßige Tachykardie und Verdauungsstörungen, zunehmende Muskelschwäche. Blutbild zunächst noch nicht charakteristisch zu dieser Zeit. So beide Fälle. Im ersten sehr bald Entwicklung der Anaemia perniciosa und Exitus, im zweiten bisher eher Besserung. Beide Patienten erregten zunächst den Verdacht auf Carc. ventriculi.

(D. m. W. 1914 Nr. 30.)

Vortäuschung von Azetonurie. Von Dr. F. Warburg, Köln. Fall, der längere Zeit als „Diabetiker“ angesprochen wurde, weil sich stets im Urin Zucker nachweisen ließ. Als Verf. im Laufe der Behandlung Zweifel aufstiegen, da durch Zuckereinnahme der Prozentgehalt sich nicht erhöhte, forschte er genauer nach und fand, daß Patient wegen einer chronischen leichten Gonorrhöe — die er im übrigen verheimlichte — sich täglich $\frac{1}{4}\%$ ige Protargoleinspritzungen in die Harnröhre machte; Verf. konnte nun feststellen, daß die Zuckerreaktion einzig und allein durch die Protargoleinspritzungen vorgetäuscht worden war. Es kann also durch schwache Protargoleinspritzungen in die Harnröhre und gleichzeitige innerliche Einnahme von Salizylpräparaten ein „Diabetes“ mit „Azetonurie“ vorgetäuscht werden.

(Med. Kl. 1914 Nr. 28.)

Ein Verfahren zur Verhütung des Bruches beim Deckgläschenreinigen. Von Dr. Böttcher, II. Arzt der psychiatrischen Universitätsklinik zu Leipzig. „Ich nehme nicht ein Deckgläschen zwischen Daumen und Zeigefinger, sondern gleich vier übereinander. Dadurch wird eine vierfach stärkere und steifere Glaswand gebildet, der Widerstand gegen Bruch infolge Biegens durch den Druck der haltenden oder putzenden Finger ganz erheblich verstärkt. Dann reinige ich durch streichende Bewegungen des mit einem alkoholbefeuchteten Tuche bedeckten Zeigefingers zuerst die Vorderfläche des obersten Deckgläschens, drehe die vier Gläschen zusammenliegend um und reinige in gleicher Weise die Rückseite des vierten Deckgläschens. Darauf drehe ich das erste Deckgläschen um, lege es wieder auf die übrigen und putze dessen

Rückseite. Nach Fortlegen dieses obersten, nunmehr auf beiden Seiten gereinigten, wird ein weiteres ungereinigtes unter die drei übrigen gelegt und dann mit dem Reinigen in derselben Weise verfahren. Das Umdrehen des obersten Deckgläschens braucht man nur bei den drei ersten zu machen, beim vierten und den folgenden, deren Unterseite ja immer gleich nach dem Unterschieben gereinigt wurde, erscheint die Oberseite durch das allmähliche Aufrücken nach Fortlegen des vorhergehenden dann von selbst oben auf. Auf diese Weise gelingt es, in kurzer Zeit eine große Menge Deckgläser zu reinigen, und zwar unter viel geringeren Vorsichtsmaßregeln als sonst, weil man stärker drücken kann. Man kann natürlich statt 4 Deckgläser auch mehr nehmen. Am angenehmsten macht sich dies Verfahren beim Reinigen der größeren Deckgläser (32×24 , 45×45 , 52×30 , deren Preis 6 bis 15 Mk. pro Hundert beträgt) bemerkbar. Ich habe bereits Tausende solcher gereinigt ohne nennenswerte Verluste. Ich bemerke noch, daß das Putzläppchen, zu welchem am besten ein altes Taschentuch verwendet wird, nur ganz wenig mit Alkohol oder Xylol angefeuchtet sein soll, damit nicht infolge der Kapillarität bei übermäßiger Feuchtigkeit sich solche zwischen die einzelnen Deckgläser saugt, wodurch die Handtierung erschwert wird, weil sie dann aneinanderkleben.“
(M. m. W. 1914 Nr. 22.)

Kasuistisches.

Eine interessante Verletzung der Carotis interna. Von Dr. Hugo Marx und Geh. Med.-Rat Dr. E. Pfleger (Berlin). 34jährige Frau erlitt einen Automobilunfall, wobei zwei Glassplitter wie Geschosse in die rechte Halsseite hineinfuhren und hier die Carotis interna vollkommen durchtrennten. Erstaunlich ist es, daß bei der weiten Hautverletzung nicht eine sofortige tödliche Verblutung einsetzte. Man muß annehmen, daß die beiden Fremdkörper in Verbindung mit den festen Gerinnseln eine alsbaldige Kompression des zentralen Gefäßabschnitts bewirkt haben. Die Vernähung der Hautwunde begünstigte die Ausfüllung der Wundtasche mit festen Blutgerinnseln, daneben begünstigte das durch den großen Blutverlust bedingte Sinken des Blutdrucks das Ausbleiben einer tödlichen Nachblutung. Besonders interessant ist nun der weitere klinische Verlauf, der mit seinem Symptomenkomplex die Aerzte des Krankenhauses zu der wohlverständlichen, aber irrigen Annahme verführte, daß das klinische Bild durch ein rechtsseitiges Hämatom der Dura bedingt sei. Man hat wohl angenommen, daß Frau J. bei dem Anprall des Automobils gegen

den Baum eine Verletzung der rechten Meningea media erfahren hat, und schritt deshalb zur Eröffnung der Schädelhöhle, um das vermutete rechtsseitige extradurale Hämatom zu beseitigen. Die Obduktion ließ den Fall klar erkennen: das gesamte Symptomenbild war durch eine schwere Anämie der rechten Gehirnhälfte bedingt, die ihrerseits in der Verletzung der rechten Carotis interna ihre Ursache fand. Der Tod ist zweifellos auf die mangelhafte Blutversorgung der rechten Gehirnhälfte, in Verbindung mit der allgemeinen Anämie, zurückzuführen. (B. kl. W. 1914 Nr. 26.)

Die akute Harnverhaltung, eine wenig beachtete Wirkung des Morphins. Von Dr. A. Czapek und Dr. S. Wassermann in Wien. Die Harnverhaltung nach Morphin, die Verff. in mehreren Fällen beobachtet haben, ist durch Sphinkterkrampf zu erklären. Die normalerweise den Sphinktertonus herabsetzenden, auf der Bahn des N. erigens zugeleiteten Hemmungen werden durch die elektive, lähmende Wirkung des Morphins auf das (spinale) Zentrum, je nach der einverleibten Dosis, geschwächt oder ganz beseitigt, wodurch ein mehr oder weniger intensiver Sphinkterkrampf resultiert. Es handelte sich in allen Fällen um Individuen, bei denen das Alter oder lokale Erkrankungen (Gonorrhoe, Carcinoma prostatae, andauerndes Siechtum usw.) die volle Ausnutzung der auxiliären Bauchmuskulatur, deren Mitwirkung den Spasmus des Sphinkters vielleicht hätte überwinden können, nicht gestatteten. Merkwürdigerweise betrifft es nur Männer, worauf schon ältere Autoren hingewiesen haben; offenbar ist diese Eigentümlichkeit auf die bekannte Sphinkterschwäche des Weibes zurückzuführen. Besonders zu erwähnen wäre noch, daß geringe, noch weit im Therapeutischen liegende Einzeldosen, namentlich wenn wiederholt verabreicht, genügten, um den Verschuß hervorzurufen. Daß aber therapeutische Dosen von Morphin in dieser Art wirken, legt die Vermutung nahe, daß diese Harnsperre in der ärztlichen Praxis sehr oft vorkommen dürfte, und es mag wohl ein Teil jener Harnverhaltungen, die man nach chirurgischen Eingriffen (Schädel-, Bauch-Operationen) beobachtet, auf die mit Recht verabreichten schmerzlindernden Morphininjektionen zurückzuführen sein. Hinzuzufügen wäre noch, daß die Gesamtdroge Opium oder das gleichartige Pantopon die Erscheinung der Harnsperre nicht hervorrufen; leider ersetzen aber diese Präparate in gegebenen Fällen das Morphin durchaus nicht, und man wird nicht umhin können, letzteres immer wieder zu gebrauchen, nur soll ein eventuelles Auftreten von Sphinkterkrampf richtig eingeschätzt und somit auch entsprechend behandelt werden. Bei Eintritt der Mor-

phinsperre schon bei kleinen Dosen von 1—2 cg könnte man mit heißen lokalen Applikationen, Sitzbädern, ein Nachlassen des Sphinkterkrampfes anstreben, um so durch das Hinausschieben des Katheterismus eventuell das Abflauen der Morphinwirkung im Reflexzentrum abzuwarten. Der Katheterismus muß behutsam durchgeführt werden; handelt es sich doch nicht um Blasen-schwäche, sondern um einen Krampfzustand des Sphinkters, oft hochgradigster Art, und könnten sonst Verletzungen entstehen. Am ehesten von Nutzen wären in solchen Fällen wohl Atropin-injektionen.
(D. m. W. 1914 Nr. 31.)

Paroxysmale Hämoglobinurie. Von Edmund Nobel. Das 11 Jahre alte Mädchen zeigt typische, durch Kältewirkung auslös-bare Anfälle, die mit Zyanose der Extremitäten, Schüttelfrost, Übelkeit beginnen. Temperatur steigt, Patientin entleert tinten-schwarzen Harn. Der Anfall ist von kurzer Dauer. Die Mutter gibt an, daß warme Fußbäder oder Sitzen neben dem Ofen die Beschwerden lindern. Vonluetischen Symptomen bestehenluetische Stirne, Hutchinsonsche Zähne, positiver Wassermann. Antiluetische Behandlung ist eingeleitet. Nach Vorschlag von Falta wird auch Cholesterinbehandlung versucht werden.

(Päd. Sekt. d. Ges. f. Inn. M. u. Kindhlk. in Wien.)

Ein geheilter Fall von schwerer Meningitis cerebrospinalis mit einseitiger Erkrankung des inneren Ohres. Von Stabsarzt Dr. Robert Dölger in Frankfurt a. M. Der Fall ist bemerkens-wert: 1. durch die unzweifelhaft günstige Beeinflussung des Leidens durch das Antimeningokokkenserum (Kolle-Wassermann);

2. durch die prompte Wirkung des Yatrens (Jodoxychinolin-sulfosäure) auf die Meningokokken im Nasenrachenraum, eine Wirkung, die auch bei sechs weiteren — sonst gesunden — Keimträgern mit einigen Einblasungen erzielt wurde; nachteilige Folgen — wie Nierenreizung, Darmstörungen — wurden nicht bemerkt. Die Tatsache, daß die Platten vollkommen steril blieben nach Einblasen von Yatren in den Nasenrachenraum, läßt die Hoffnung berechtigt erscheinen, daß das Mittel auch bei Diphtherie und Diphtheriekeimträgern günstig wirken wird. — Das spätere nochmalige Auffinden von Meningokokken im Rachenabstrich legt nahe, daß wir das Yatren möglichst in alle Nischen von Nase, Nasenrachenraum und Rachen (Gaumenmandeln) zu bringen suchen, um keine Herde zurückzulassen;

3. durch die einseitige Beteiligung des inneren Ohres (N. cochlearis + N. vestibularis);

4. durch die stärkere Erkrankung des N. vestibularis, der im allgemeinen teils aus phylogenetischen Gründen, teils wegen seiner dicken Beschaffenheit meist widerstandsfähiger als der N. cochlearis erscheint;

5. durch die günstige Beeinflussung des Hörvermögens nach innerlicher Darreichung von Jodkalilösung.

(D. m. W. 1914 Nr. 31.)

Rekurrierende Polyneuritis. Von E. Hoestermann (Heidelberg). Mitteilung von 3 Fällen mit typischer, sich auf alle Extremitäten erstreckender Polyneuritis (schlaaffe Lähmung, Gefühlsstörung, Fehlen der Sehnenreflexe, Entartungsreaktion, Verdickung und Druckempfindlichkeit der Nervenstämmen, Heilung). In dem einen Fall kehrte der Zustand 6 mal, in den beiden anderen 2 und 3 mal wieder. Eine bestimmte Ursache war nicht aufzufinden. Vielleicht handelt es sich, wie bei der Beri-beri, um eine alimentäre Grundlage.

(D. Zschr. f. Nervenhlk. Bd. 51 Heft 1 u. 2. ·

D. m. W. 1914 Nr. 26.)

Toxikologisches.

Die Toxizitätsgrenze bei Alypin. Von Dr. Ladislaus Lichtenstein-Pistyan. Es handelt sich um einen 35 jährigen Mann, der, bei äußerst kräftigem Körperbau, vollkommen gesundem inneren Organbefund, wegen einer schweren akuten Form von Ischias eine Injektion von 100 g einer 1 %igen Lösung Alypinum nitricum, also insgesamt 1,0 g der Substanz in die Nervenscheide des rechten Ischiadicus injiziert erhielt. Die Injektion gelang anstandslos, der Nerv wurde sicherlich von der Spitze der Nadel getroffen, was aus dem gleichzeitig aufgetretenen blitzartigen Schmerz mit Bestimmtheit geschlossen wurde. Nach ca. 10 Minuten bekommt Patient tonisch-klonische Zuckungen des ganzen Körpers, Zyanose, Atemstillstand, kleinen, frequenten Puls; Pupillen, Cornea sind reaktionslos, Bulbi nach aufwärts gedreht. Nach ca. 1 1/2 Minuten hören die Krämpfe auf, die Atmung setzt mit tiefen Atemzügen langsam ein, Zyanose schwindet, der Puls bleibt klein, frequent, bessert sich jedoch nach Kampfer-Koffeininjektion. Patient bleibt ca. 1 Stunde bewußtlos, erwacht dann mit heftigen Kopfschmerzen, ist tagsüber soporös. Am nächsten Tage waren die Erscheinungen vollkommen geschwunden. Es handelt sich in diesem Fall offensichtlich um eine akute Alypinintoxikation. Es scheint sich hier um eine individuelle Empfindlichkeit zu handeln,

denn Verf. hat das Alypin bei viel schwächeren und älteren Individuen zur Injektion in den Ischiadicus bei gleicher Konzentration und Menge angewandt, ohne daß ein zweiter derartiger unangenehmer Zwischenfall vorgekommen wäre. In der Praxis ist auf die Möglichkeit von Intoxikationen indes zu achten und sind mit Rücksicht auf die beschriebenen Fälle bei der Applikation von Alypin folgende Kautelen zu wahren:

1. Alypin soll nie kombiniert mit anderen Narkotieis gebraucht werden.

2. Das Alypin ist keineswegs als harmlos anzusehen, da es selbst bei somatisch vollkommen gesunden Individuen Intoxikation hervorrufen kann.

3. Die Maximaldosis, die von Impens mit 0,25 festgesetzt, jedoch wiederholt auch von vielen anderen Aerzten um das Fünffache überschritten wurde, ist einzuhalten, da man sonst bei vollkommen Gesunden die eventuelle Intoleranz nicht voraussehen kann.

4. Die von Schröder als 0,05 festgesetzte Maximaldosis ist auf Grund eigener und fremder Erfahrungen als entschieden zu niedrig bezeichnet.
(Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 2.)

Ueber die toxische Wirkung des Hypophysis-Extraktes auf den Neugeborenen, wahrscheinlich durch die Muttermilch.
Von Dr. med. Hermann B. Sheffield in New York. Verf. wurde von einem Kollegen zu Rate gezogen wegen schwerer anhaltender Konvulsionen bei einem Neugeborenen. 12 Stunden vorher erhielt die Mutter wegen Inertia uteri zwei subkutane Einspritzungen von Hypophysis-(Pituitary-)Extrakt, je 1 ccm innerhalb 2 Stunden. Bald nach der Geburt war das Kind vollständig normal und frei von irgendwelchen Anzeichen von Verletzung des Kopfes und anderer Körperteile. Es bestanden weder Blutung noch Urinretention, Fieber usw.; das Kind schluckte Wasser ohne Beschwerden und schlief ruhig, bis es 8 Stunden später für ungefähr 20 Minuten an die Mutterbrust gelegt wurde. Kurz darauf stellten sich Zuckungen der Extremitäten ein und verschlimmerten sich erheblich, als das Kind 2 Stunden später wieder eine Nahrung erhielt. Verf. fand das Kind in einem tetanusähnlichen Anfall. Die Extremitäten waren starr, die Hände und Füße flektiert, die Atmung stand still, der Mund war kontrahiert, das Gesicht tiefblau gefärbt, und der Kopf drehte sich langsam und schwer von einer Seite nach der anderen. Die Anfälle wiederholten sich regelmäßig jede paar Minuten. Dazwischen erschien das Kind normal. Anamnese und Symptomenbild, ganz besonders

die Abwesenheit jeder Kopfverletzung berücksichtigend, schloß Verf., daß es sich wohl um eine toxische Wirkung des Hypophysis-Extraktes durch die Muttermilch handle. Er verordnete demnach das zeitweilige Entziehen der Mutterbrust und die Verabreichung von kleinen Dosen Chloral und Bromid. Der Zustand des Kindes besserte sich allmählich nach ungefähr 6 Stunden, und innerhalb zweier Tage war es wiederhergestellt. Es ist jetzt 2 Monate alt und beim besten Wohlsein.

(Zbl. f. Kindhlk. 1914 Nr. 2.)

Kritische Bemerkungen zu der Mentbergerschen Zusammenstellung der Salvarsan- und Neosalvarsan-Todesfälle. Von Dr. J. Benario (Aus dem Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.). Verf. zeigt, daß die Zusammenstellung absolut nicht maßgebend ist. Zum Teil handelt es sich um Todesfälle, die bei der heutigen Technik unbedingt vermieden werden können, zum Teil um Fälle, die gar nicht hierhin gehören. Kaum ein Fall kann der Kritik standhalten und dem Salvarsan zur Last gelegt werden.

(D. m. W. 1914 Nr. 25.)

Chronische Kupfervergiftung durch das Tragen von schlechter Goldlegierung im Munde. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Harnack. Dame bekommt von einem Zahnarzt eine Zahnbrücke, angeblich aus „Gold“. Allmählich schleichende Erkrankung: Erbrechen, Appetitsverlust, Koliken und Tenesmus, hochgradige Leibesaufreibung, dann auch Muskelzittern, Schwäche der Glieder, Kräfteverfall, Luftbeklemmung, Hustenreiz. Nach Entfernung der Zahnbrücke wichen diese Erscheinungen. Die Zahnbrücke bestand zu reichlich $\frac{2}{3}$ aus Kupfer!

(D. m. W. 1914 Nr. 30.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Scharpie als Verbandsmaterial hat schon vor kurzem Hochenegg empfohlen. Jetzt schließt sich dem auch Gen.-Arzt Dr. Fr. Brunner (München) an. Er hat diesbezügliche Untersuchungen anstellen lassen. „Das Untersuchungsergebnis war, daß auch die auf nicht ganz einwandfreiem Wege mit ungereinigten Händen gerupfte Scharpie vollkommen sterilisiert werden kann, daß die Aufsaugungsfähigkeit der lockeren und zusammengepreßten Scharpie so groß ist, daß sie ihr 6 faches Gewicht an Flüssigkeit aufnehmen kann, und daß das Anstrocknungsvermögen der Scharpie

ein sehr gutes ist, d. h. daß infolge der Porosität der Scharpie, vermöge deren die am verbundenen Körperteil erwärmte Luft rasch und leicht durch den Verband an die Oberfläche zu dringen vermag, die Durchfeuchtung des auf der Wunde liegenden Verbandstoffes mehr und mehr abnimmt. Die sterilisierte Scharpie ist ein reizloses, weiches, leichtes, elastisches Verbandmaterial. Zur Gewinnung von Scharpie soll nur reine, gebrauchte, ausgewaschene Leinwand genommen werden. Vor Beginn der Arbeit müssen die Zupferinnen Hände und Vorderarme mit warmem Wasser und Seife mehrere Minuten lang tüchtig reinigen. Das Zerpupfen der Leinwandstücke soll in einem reinlichen, staubfreien Zimmer auf reiner Unterlage auf Leinwandtüchern erfolgen, in welche die Scharpie dann zum Versenden an die Sammelstelle eingeschlagen wird. Dort erst wird die Dampfsterilisierung und weitere Sicherung vorgenommen. In der gegenwärtigen Zeit steht aber nicht mehr so viel Leinwand zu Gebote wie früher, weil im Haushalt mehrfach statt Leinwand stärkere Baumwollstoffe zur Verwendung kommen. Auch diese kann man wieder in Fäden zerpupfen, und wenn es nicht mehr manuell geht, so kann man daran denken, die Zerkleinerung maschinell vornehmen zu lassen, wie man alte Wollstoffe durch Maschinen zerreißt, um aus der gewonnenen Wolle neue Fäden zu spinnen.“

(M. m. W. 1914 Nr. 42, Feldärztl. Beil.)

Seid sparsam mit den baumwollenen Verbandstoffen! Von Prof. Williger in Berlin. „Wir brauchen aber noch nicht zur Scharpie zu greifen, an der immer noch ein gewisses Odium haftet. Wir haben andere Ersatzmittel in Hülle und Fülle. In dem mir unterstellten Reservelazarett wird fast gar keine Watte mehr gebraucht, weder weiße noch graue. Zur Schienenpolsterung verwenden wir Jute, und an Stelle der weißen Watte nehmen wir weißen Zellstoff. An diesem Stoff kann es uns bei unserem Holzreichtum niemals fehlen. Er ersetzt, namentlich bei großen Verbänden, weiße Watte nahezu vollkommen, zumal er sich vorzüglich sterilisieren läßt. Wir lassen ihn in lange Streifen schneiden und aufrollen, wir fertigen durch Einnähen in Mull daraus Verbandkissen von beliebiger Größe und Dicke, und wir verwenden ihn auch zum Ausfüllen von Verbandkissen aus Torfmull. Dieser Torfmull ist ein zu Verbandzwecken geeignetes Material, von dem in Deutschland geradezu unerschöpfliche Mengen zur Verfügung stehen. Natürlich läßt er sich nur in Kissen eingenäht verwenden. Zu den Kissen muß aber eine doppelte Lage von Mull genommen werden, um das Durchfallen der Torfteilehen zu verhüten, oder

man muß den Mullsack, wie oben schon gesagt, mit Zellstofflagen ausfütern. Noch besser als Torfmull gefällt uns das Moos. Moos kann man lose oder in Tafeln gepreßt sehr billig erhalten. Aus dem losen Moos werden mit Hilfe von Mullsäckchen nach beliebigen Massen Kissen angefertigt, die man zweckmäßig in bestimmten Abständen durchsteppen läßt. Auch die Moostafeln werden in Stücke von zweckmäßiger Länge und Breite geschnitten und in Mull eingenäht. Sie sind etwas steif, werden aber durch das Sterilisieren schmiegsamer. Große, dicke Mooskissen leisten auch ausgezeichnete Dienste bei Kranken, die unter sich lassen oder bei denen unfreiwilliger Harnabgang stattfindet. Bei öfterem Wechseln der Kissen macht sich der unangenehme Harngeruch kaum bemerkbar. Man kann sie auch wieder trocknen, Formalindämpfen aussetzen und wieder von neuem zu Unterlagen verwenden. Mit besonderer Vorliebe verwenden wir Mullabfall. Die sauberen Teile gebrauchter Mullbinden werden gewaschen und zerschnitten. Dasselbe geschieht mit noch brauchbaren Teilen von Mullkompressen. Durch Vermittlung einer im Reservelazarett tätigen Helferin erhalten wir aus einer Verbandstoffabrik große Mengen von Mullresten als Liebesgabe. Meistens sind diese Reste ganz schmale, aufgewickelte Mullbindenteile. Auch diese Reste werden klein geschnitten, mit unserem übrigen sauberen Mullabfall in Mullsäckchen eingenäht und zu Mullkissen verarbeitet. Nebenbei bemerkt fertigen die mit der Herrichtung von Verbandmitteln beschäftigten Personen aus den Mullabfallbinden auch gehäkelte Wascheflecke und Schuhe an. Die Herstellung der verschiedenen Verbandkissen betrachten sie als eine sehr angenehme Aufgabe, der sie sich mit dem größten Eifer unterziehen.“ (M. m. W. 1914 Nr. 42, Feldärztl. Beil.)

Ersatz von Verbandmitteln im Kriege. Von Prof. Dr. Momburg in Bielefeld, z. Z. Reservelazarett Direktor. „Die Scharpie hat eine große aufsaugende Kraft. Ich benutze sie zur Herstellung von Tupfern. Sie wird zu dem Zwecke in 16 cm breite und lange Gazestücke eingeschlagen. Ferner bewährt sie sich in mehr oder weniger großen Gazehüllen hervorragend als aufsaugendes Verbandmaterial bei stark sezernierenden Wunden.“

(D. m. W. 1914 Nr. 43.)

Zur Anfertigung von Gipsschienen. Von Privatdozent v. Baeyer in München. Eine der wesentlichsten Tätigkeiten des Feldarztes ist die Fixierung der verletzten Teile. Den besten Halt gibt nach dem Urteil der meisten modernen Kriegschirurgen der Gipsverband. Die zirkuläre Form dieses Verbandes bewährt sich

u. a. deshalb nicht, weil durch das öftere Wechseln des behandelnden Arztes, wie es der Krieg mit sich bringt, ein Abnehmen des Kontentivverbandes nach kurzer Zeit meist vorgenommen wird. Deshalb ist eine gut anliegende und abnehmbare Gipshohlrinne entschieden vorzuziehen, vorausgesetzt, daß sie haltbar und billig ist. Da in diesen Beziehungen die mir bekannten Gipsrinnen nicht genügen, so schlage ich folgende einfache Technik vor. Will man eine Schiene z. B. für das Bein machen, so schneidet man sich aus Rupfen 2 Streifen. Der eine ist von etwa 1—2 Handbreit größerer Länge und Breite wie die gewünschte Schiene. Der andere Streifen ist etwas kürzer und schmaler wie der erstere, aber immer noch länger und breiter wie die Schiene. Nachdem man die beiden Rupfenteile gründlich in Wasser durchweicht hat, legt man den größeren auf den zu schienenden Körperteil und reibt ihn mit Gipsbrei ein. Dann kommt der zweite Streifen auf den ersten, und zwar so, daß überall der größere noch hervorragt. Man streicht nun auch den zweiten Streifen mit Gips ein und häuft den Gipsbrei besonders dort in dem Falz an, wo der spätere Rand der Schiene sein soll. Klappt man nun die Ränder der Rupfenstreifen seitwärts und oben und unten um, so erhält man eine Hohlrinne mit verdickten, festen Rändern, die nicht aufblättern können und keine weitere Verarbeitung brauchen. Legt man in den Falz nach dem Einstreichen mit Gips und vor dem Umklappen noch ein dünnes Band Eisen, so wird die Schiene so fest, daß man sie kaum abbrechen kann. Fenster in der Schiene lassen sich durch Aufschneiden des Rupfens vor dem Hartwerden des Gipses und durch Umklappen der Ränder ohne Schwierigkeit an jeder beliebigen Stelle anbringen. Für die Anfertigung der Hohlräume für das Bein läßt man meist den Patienten sich auf den Bauch legen. Will man eine Armschlinge herstellen, so ist es zweckmäßig, die Rupfenstreifen vor dem Anlegen an das Glied mit Gipsbrei zu imprägnieren, die Ränder umzuschlagen und dann das Ganze mit einer Mullbinde an Arm und Schulter anzuwickeln. Diese aus billigstem Material schnell herzustellenden, nicht federn den Schienen (ganzes Bein in 4—5 Minuten, Materialwert 20 Pf.) fixieren sehr gut, weil sie jeder Stellung und Konfiguration des verletzten Körperteiles genau auf weite Flächen hin entsprechen. Außerdem sind sie sehr fest infolge des Randwulstes und können an den Rändern nicht aufblättern.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 35.)

Grotan und Festalkol zur Händedesinfektion. Von Dr. Karl Süpfle, Privatdozent (Aus dem Hygienischen Institut der

Universität München). „Grotan in 4 % iger Lösung kann für alle jene Fälle als rasch wirksames Desinfektionsmittel empfohlen werden, in denen Sublimat oder Sublimatersatzpräparate angewendet zu werden pflegen: im Seuchendienst zur Händedesinfektion, zur Desinfektion infizierter Gebrauchsgegenstände der verschiedensten Art, sowie zur chirurgischen Händedesinfektion, unter der Voraussetzung, daß die Hände mindestens 5 Minuten, wie üblich, mit der Lösung ausgiebig gebürstet werden. Gegenüber Sublimat, dessen bakterizides Vermögen in 1 % iger Lösung nach neueren, in unserem Institut bestätigten Untersuchungen außerordentlich überschätzt wird, bietet Grotan noch den Vorteil, daß es Metalle nicht angreift. Die Handelspackung mit 12 Tabletten à 1 g wurde bisher zu 1 Mk. verkauft. Auf Anfrage teilt uns die herstellende Firma mit, daß sie für Kriegszwecke je 1000 Grotantabletten à 1 g in Blechdosen lose verpackt zum Extrapreis von 15 Mk. abgibt; 1 l 0,4 % Grotanlösung kostet demnach 6 Pf. Als Ersatz des flüssigen Alkohols zur chirurgischen Händedesinfektion kann die feste Alkohelseifenpasta „Festalkol“ der chemischen Fabrik Dr. L. C. Marquart in Beuel a. Rh. empfohlen werden. Je drei der zylindrischen Stücke Alkohelseife im Gesamtgewicht von ca. 17 g, deren Alkoholgehalt nach Untersuchungen in unserem Institut im Durchschnitt 80 % beträgt, sollen laut Gebrauchsanweisung nach Beendigung des Waschens mit Wasser und Seife eines nach dem anderen mit den noch feuchten Händen zerdrückt und sorgfältig verrieben werden. Ein Vorteil ist hierbei, daß die Prozedur eine gewisse Zeit (4—6 Minuten) beansprucht, folglich die Desinfektionsdauer automatisch reguliert wird. Die vorausgehende Waschung mit Wasser darf nicht unterbleiben, da erst die an den Händen haftende Wassermenge mit dem Alkohol des Festalkols eine bakterizide Alkoholverdünnung ergibt; absoluter Alkohol ist bekanntlich gegenüber trockenen Mikroben wirkungslos. Bei Einhaltung der Gebrauchsanweisung und der bezeichneten Menge Alkohelseifenpasta ist die bakterizide Wirkung von Festalkol eine sichere und rasche. Wir haben uns in zahlreichen, anderwärts bereits veröffentlichten Versuchen davon überzeugt, daß Wuchsformen auch widerstandsfähiger Keime (resistente Staphylokokken) schon innerhalb $\frac{1}{2}$ Minute abgetötet werden. Das Hygienische Institut hat daher dem bayer. Ministerium Festalkol als Ersatz des flüssigen Alkohols für die Hebammenpraxis empfohlen, ohne im übrigen den weiteren vorgeschriebenen Akt der Händedesinfektion — Bürsten der Hände mit Lysollösung — fallen zu lassen. In neuester Zeit sind auch von anderer Seite so günstige Versuchsergebnisse über die Desinfektionswirkung dieses Präparates in der

Fachpresse publiziert worden, daß man im Zweifel sein könnte, ob es überhaupt unerlässlich sei, der Alkoholbehandlung noch die Anwendung eines weiteren Desinfektionsmittels folgen zu lassen. Manche Autoren erachten in der Tat die durch die Alkoholseifenwirkung erzielte Desinfektion der Hände für ausreichend und lassen die Hände, um sie von dem anhaftenden Seifenüberzug zu befreien, nur noch in sterilem Wasser abspülen. Von anderer Seite wird als ein Nachteil einer derartigen ausschließlichen Alkoholseifendesinfektion gerügt, daß die Desinfektion der Unternagelräume und Nagelfalze unzureichend bleibe, da beim Gebrauch des Festalkols auf die unterstützende mechanische Wirkung des Bürstens — im Gegensatz zur Anwendung flüssigen Alkohols — verzichtet werden müsse. Allerdings sind die Nagelräume überhaupt sehr schwer zu desinfizieren; die Schwierigkeit, eine Desinfektionsflüssigkeit mit allen, auch den in der Tiefe liegenden Keimen der Haut mit Sicherheit in Kontakt zu bringen, ist der wunde Punkt aller Händedesinfektionsverfahren — der Hauptgrund dafür, daß der moderne Chirurg über die möglichst sorgfältig desinfizierten Hände schließlich sterile Gummihandschuhe überzieht. Immerhin sind auch wir der Meinung, daß man sich, von Notfällen abgesehen, nicht auf die Desinfektion mit Alkoholseife — so Vorzügliches sie nach unseren Versuchen leistet — beschränken sollte, sondern halten es im Interesse der Sicherung des beabsichtigten Desinfektionseffektes für nötig, im Anschluß an die Einwirkung der Alkoholpasta die Hände mit einer geeigneten Desinfektionslösung unter üblicher Anwendung einer Bürste zu behandeln. Für diesen Zweck kann die 0,4%ige Grotanlösung gewählt werden. Es ist hierbei jedoch erforderlich, die an den Händen nach Anwendung von Festalkol noch haftende Seife zuerst mit bakteriologisch einwandfreiem (abgekochtem) Wasser abzuspülen, ehe Grotan benutzt wird, damit die Grotanlösung nicht seifenhaltig wird. Wir fanden nämlich, daß die Wirksamkeit einer 0,4%igen Grotanlösung, welche widerstandsfähige Staphylokokken innerhalb einer Minute, im ungünstigsten Falle nach 3 Minuten abtötet, durch Zusatz von 3 Stück Alkoholseife pro 1 l so weit herabgesetzt wird, daß die Abtötung nach 3, im ungünstigsten Falle erst nach 5—6 Minuten vollendet ist. In Grotanlösungen höherer Konzentration macht sich die desinfektionsvermindernde Wirkung dieser Seifenmenge immer weniger geltend; jedoch ruft eine 0,5%ige Grotanlösung bei Anwesenheit der bezeichneten Seifenmenge schwache Reizwirkungen auf der Haut empfindlicher Personen hervor. Sollte es mit Rücksicht auf Zeit und Wassermangel einmal nicht durchführbar sein, die Hände nach der Festalkolanwendung in Wasser abzuspülen, so kommt als Ausweg

in Betracht: Desinfektion der seifenbedeckten Hände in größeren Mengen, mindestens in $1\frac{1}{2}$ l Grotanlösung, da die desinfektionsvermindernde Wirkung der Seife um so geringer ausfällt, je kleiner die Seifenmenge im Verhältnis zur Menge der Grotanlösung gewählt wird. Auf Grund unserer Versuchsergebnisse könnte die Kombination der Festalkoleinwirkung mit der Grotandesinfektion für solche Fälle in der Weise empfohlen werden, daß die zur Händedesinfektion zu benutzende Menge der Grotanlösung mindestens $1\frac{1}{2}$ l beträgt. Der hierbei eintretende Seifengehalt setzt einerseits den Desinfektionseffekt nicht wesentlich herab und ist andererseits sehr wertvoll, da er die Grotanlösung, die wie jede wäßrige Lösung von der Haut abrollt, vorzüglich benetzend macht, so daß die restierende Grotanwirkung eine tiefer reichende wird als ohne den Seifenzusatz. Festalkol und Grotan können sich also bei geeigneter Anwendung auf das willkommenste ergänzen. Die gegenwärtige Handelspackung besteht in Glasröhren, welche die zur einmaligen Hände- und Unterarmdesinfektion erforderlichen 3 Stück Festalkol unter luftdichtem Verschuß enthalten. Je 100 solche Röhrchen Festalkol werden für Kriegszwecke zum Preis von 15 Mk. abgegeben. Für eine Reihe Verwendungsarten des Heeresgebrauches wird auf eine derartige Einzelverpackung im Interesse der Verbilligung verzichtet werden können. Auf unsere Anregung ist die herstellende Firma bereit, billigere Massenpackungen zu liefern, Flaschen mit je 110 Stück Festalkol zum Preise von 3,50 Mk., so daß eine Desinfektion mit 3 Stücken auf ca. $9\frac{1}{2}$ Pf. zu stehen käme; bei Rücksendung der Flaschen, die als „Leergut, schon gefüllt die Bahn passiert“ versandt werden müßten, will die Firma 25 Pf. für jede Flasche vergüten. Die Flaschen sind mit einem eingeschliffenen Glasstopfen versehen, der mit Lanolin eingefettet, fest zuge dreht und mit einem Lack überzogen ist. Nach Oeffnung der Flasche muß natürlich der Glasstopfen sorgfältig eingedrückt und zuge dreht werden, damit der Alkoholgehalt der nicht benutzten Festalkolstücke erhalten bleibt.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 39.)

Halbspezifische Desinfektion. Von Prof. Dr. H. Bechhold (Kgl. Institut f. experim. Therapie in Frankfurt a. M.). Tribomnaphthol ist ein „halbspezifisches“ Desinfiziens, d. h. seine desinfizierende Wirkung erstreckt sich nur auf eine gewisse Gruppe von Mikroorganismen: Staphylokokken, Streptokokken, Diphtheriebazillen, Milzbrandsporen. Hier ist es ein vorzügliches Desinfektionsmittel, das, in nicht schwächerer als 1% iger Lösung angewendet, die

Keime in 1 Minute sicher abtötet. Es ist ungiftig, wirkt nicht hämolytisch und beeinträchtigt nicht die Phagozytose.
(M. m. W. 1914 Nr. 37.)

Chirurgische Erfahrungen mit Providoform. Vom Geh. San.-Rat. Prof. Dr. Leser in Frankfurt a. M. Das Tribomnaphthol wird als „Providoform“ von der Providol-Gesellschaft, Berlin, Alt-Moabit 104 in den Handel gebracht (als Streupulver, Mull, 5 % ige alkoholische Tinktur und in wäßriger Lösung). Verf. hat es bei eiternden Wunden, schmutzig-schmierig belegten Geschwürflächen, hartnäckigen Eiterungen, langsam heilenden Abszessen als sehr günstig wirkendes, die Bildung gesunder Granulationen kräftig anregendes Mittel schätzen gelernt. Zu bedauern ist, daß sich die wäßrigen Lösungen höchstens 24 Stunden halten.

(M. m. W. 1914 Nr. 37.)

Meine Erfahrungen mit Providoform. Von Dr. J. Ziegler in Riefersfelden. Die 50 % ige Tinktur eignet sich vorzüglich zum Ersatz der Jodtinktur bei dem Grossichschen Verfahren der Hautdesinfektion; die unangenehmen Nebeneigenschaften der Jodtinktur werden vollständig vermieden (keine Verfärbung, kein Geruch, keine Reizung usw.). Bei Abszessen, Furunkeln, Brandwunden (auch ausgedehnten!), Unterschenkelgeschwüren und dergl. schöne Erfolge. Ebenso bei Fällen von Rhinitis, Angina, selbst Diphtherie, in welchen Fällen Verf. eine 1 % ige alkoholisch-wäßrige Providoformlösung mittels eines feinen Zerstäubers applizierte. Das durch den Alkohol erzeugte Brennen auf den Schleimhäuten war nur von kurzer Dauer und wurde selbst von Kindern ertragen. Wahrhafte Triumphe feiert das Providoform bei der Behandlung von Eiterungen aus dem äußeren Gehörgang, ja selbst bei Mittelohreiterungen. Genügt es, bei Eiterungen im äußeren Gehörgang nach dessen sorgfältiger Reinigung eine Insufflation mit feinstem Providoformstreupulver (ähnlich wie mit Borsäure) zu machen, so sah Verf. bei Mittelohreiterung nach spontaner Perforation oder Parazentese des Trommelfells eine in die Augen springende Abkürzung der Eiterungsdauer bei folgendem Verfahren: Sterile Verbandgaze wird in ca. 1 cm breite und 10 cm lange Streifen geschnitten und in 10 % ige rein alkoholische Providoformlösung, der eine geringe Menge Glycerinum puriss. beigelegt war, getaucht und trocknen lassen. Der geringe Glycerinzusatz erhält die Providoformgaze nach dem Trocknen leicht hygroskopisch und bewirkt, daß das Providoform in feinsten Verteilung besser an der Gaze haften bleibt. Man reinigt nun das erkrankte Ohr, soweit möglich, mit sterilen Wattetupfern,

füllt den äußeren Gehörgang mit 3%iger Wasserstoffsuperoxydlösung an, wartet bis keine Gasbläschen mehr durch Abspaltung von Sauerstoff sich entwickeln, läßt die Lösung auslaufen, tupft den Gehörgang mit steriler Watte trocken und stopft ihn lose mit einem Streifen Providoformmull aus, indem man sich bemüht, damit möglichst nahe an das Trommelfell heranzukommen. Ueber das Ohr kommt dann noch ein Schutzverband aus Watte. Es ist erstaunlich, wie rasch bei diesem Verfahren der übelriechende Ausfluß sich vermindert und bald ganz sistiert.

(M. m. W. 1914 Nr. 37.)

Ueber interne Mittel bei Wundinfektion und Sepsis schreibt Med.-Rat Dr. H. v. Hösslin in Landau. „Die folgenden Zeilen sollen ein Mittel wieder in Erinnerung bringen, das infolge der Flut neuer Heilmittel bei den Aerzten in Vergessenheit geraten ist, und das besonders im Beginne von Wundinfektionen, Lymphangitiden, phlegmonösen Entzündungen einen raschen Rückgang von Schwellung, Rötung, Eiterung und Fiebertemperatur begünstigt: das sind kleine Gaben von Quecksilber, am besten in Form leicht löslicher Salze wie HgCl_2 (zur Wegnahme des metallischen Beigeschmackes in Verbindung mit KJ .) in Gaben von 0,015—0,02 pro die, 2—3—4 Tage nacheinander; mit abnehmender Entzündung kleinere Tagesgaben bis 0,075, die auch länger fortgegeben werden können; bei stärkerem Fieber vorübergehend bis 0,025 (0,03) Tagesgabe. Zwischen den Einzelgaben etwas Nahrungsaufnahme, einen Schluck Milch usw. Z. B. Rp. Hydrarg. bichlor. 0,04, Kali jodat. 0,4, Sir. Cort. Aur. 20, Aqu. dest. ad 200. D.S. 2 stündl. oder 3 stündl. 1 Eßlöffel. Einmal wiederholen. Diese kleinen Gaben, die weit unter den Maximaldosen liegen, sind bekanntlich auch bei kardialem Hydrops von gutem Erfolg und auch bei Infektionskrankheiten wie Diphtherie, Typhus, Pneumonie von guter Wirkung und waren speziell bei Diphtherie vor Einführung der Serumtherapie sehr viel angewandt.

(Feldärztl. Beil. z. D. m. W. 1814 Nr. 39.)

Die Narkose in meiner Privatklinik. Von Dr. Carl Rindfleisch in Gera. Verf. bespricht zunächst eine von ihm zusammengestellte Maske. An eine brauchbare Narkosenmaske sind folgende Anforderungen zu stellen: 1. Sie soll möglichst leicht, 2. sauber sein, 3. sie soll das ganze Gesicht bedecken, aber so, daß der Patient nicht in einen dunklen Raum sieht, sondern ein helles Gesichtsfeld vor sich hat, weil sonst Beängstigungen auftreten, die Abwehrmaßnahmen zur Folge haben; 4. die Maske muß ein großes Quantum Luft aufnehmen können, und soll die Luft nicht nur über das

Narkosengas hinwegstreichen, sondern sich innig mit dem Narkosengas mischen. Nach diesen Gesichtspunkten setzte Verf. die von ihm demonstrierte Maske zusammen. Sie besteht aus einem Mantel. Dazu nimmt er ein sogenanntes Schreibtischlinoleum, und zwar einen 16 cm breiten und 60 cm langen Streifen. Der wird in ein sauberes Tuch geschlagen, zusammengerollt und leicht geheftet. Darüber kommt eine Kappe, bestehend aus einer doppelten Lage Billrothbattist; auf ihrem Grunde sind Stege angebracht, auch aus Billrothbattist, hinter sie wird die Watte geschoben, auf die das Narkosengemisch aufgegossen wird. Nach diesen Angaben kann sich jeder selbst die Maske zusammenstellen oder von einem Bandagisten anfertigen lassen. Vor jeder Operation wird die Umhüllung und die Watte erneuert. Die Patienten sehen nicht in einen dunklen Raum, da der Billrothbattistdeckel lichtdurchlässig ist. Die Maske nimmt weiter ein reichliches Quantum Luft auf, und diese von den Seiten zuströmende Luft mischt sich mit dem Narkosengas, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil der Deckel der Kappe beweglich ist. Verf. benutzt das bekannte Gemisch von 2 Gewichtsteilen Chloroform und 3 Gewichtsteilen Aether. Dieses Quantum (z. B. 20 g Chloroform und 30 g Aether) ist auf einer Etikette außen in 5 gleiche Teile geteilt mit den Teilstrichen 0, 1, 2, 3. Die Schwester bekommt die Weisung, zunächst die Hälfte des Quantums zwischen zwei Teilstrichen, also etwa 2 g Chloroform und 3 g Aether, aufzugießen. Das verträgt jede Patientin. Die Schwester muß sodann melden, wenn sie beim Teilstrich 0, 1, 2 usw. angelangt ist. So weiß Verf. während der Operation jederzeit, wieviel die Patientin bekommen hat. Man braucht für eine Operation von 1 Stunde Dauer etwa 4 g Chloroform und 6 g Aether, bei 2 Stunden 8 g Chloroform und 12 g Aether, ohne jedes andere Mittel. Das sind minimale Mengen. Bei Benutzung des Roth-Drägerschen Apparates wird zwar auch nicht mehr Chloroform und Aether gebraucht. Aber dabei sind Skopolamin und Morphinum vorher nötig, denn ohne diese Zugaben ist mit dem Roth-Drägerschen Apparate nicht eine genügende Narkose zu erzielen. Verf. hat vor Jahren vor Ausschabung 1 cg Morphinum subkutan gegeben und schon danach üble Zufälle gesehen, wieviel mehr müssen diese bei Anwendung von Skopolaminmorphium zu beobachten sein. Bei Vergleich der Narkose mit dieser Maske mit der Lumbalanästhesie fällt der Vergleich auch zugunsten dieser Maske aus. Denn Versager wie bei der Lumbalanästhesie kennt Verf. nicht. Ebenso wenig üble Nachwirkungen, wie Kopfschmerzen, Erbrechen. Nach der Lumbalanästhesie ist weiter der Wundschmerz in den ersten 24 Stunden p. op. im allgemeinen heftiger wie nach der Inhalations-

narkose. Verf. Narkose tritt sehr rasch ein und ist tief genug, auch bei den größten Eingriffen. Nach der Narkose erwachen die Patienten rasch und haben nicht die geringsten Beschwerden, weder Kopfschmerzen noch Uebelkeit oder Erbrechen, vorausgesetzt, daß der Magen vor Beginn der Narkose leer war. Aufgefallen ist dem Verf., daß die Patienten niemals klagen, daß die Narkose ihnen lästig gewesen sei, was früher bei Benutzung anderer Masken und anderer Methoden an der Tagesordnung war. Verf. benutzt die Maske für alle Operationen, auch bei Herzkranken, Lungenkranken und Patienten, die ausgeblutet, z. B. nach Tubenruptur pulslos in die Klinik kommen, und hat bei einer größeren Zahl von Fällen niemals irgendwelche nennenswerte Störung erlebt. Auch hohes Alter ist keine Kontraindikation. Im Januar 1912 machte Verf. bei einer 64-jährigen, sehr fettleibigen Patientin die Totalexstirpation eines an Cervixkarzinom erkrankten Uterus per laparotom. mit gutem Erfolg und verdankt dies, wie er bestimmt glaubt, seiner Narkose. Die Patientin bekam nur 8 g Chloroform und 12 g Aether. Da das Herz durch die Narkose nicht geschwächt war, behielt die Patientin die nötige Widerstandskraft, um den großen Eingriff glücklich zu überwinden.

(Corresp.-Bl. d. Allg. ärztl. Ver. v. Thür., Nov. 1913. —
Heilk. 1914.)

Ueber den sekundären Narkosentod. Erfahrungen bei 4000 Narkosen. Von Dr. Georg Keil, Privatassistent von Prof. Dr. G. Klein, Vorstand der Gynäkologischen Universitäts-Poliklinik in München. Es muß scharf zwischen primärem Narkosentod, der in der Narkose und an ihren Folgen eintritt, und sekundärem Narkosentod, der nach der Narkose und an ihren Folgen eintritt, unterschieden werden. Das klinische Bild des sekundären Narkosentodes ist sehr wechselvoll, je nach dem Grade der Veränderungen an den einzelnen Organen; meistens handelt es sich um Individuen von schwächlicher Konstitution, Status thymico-lymphaticus, besonders aber sind fette Personen gefährdet und solche, deren Herz oder Nieren schon primär geschädigt sind, obwohl damit nicht gesagt ist, daß ihm nicht auch Patienten mit anscheinend gesunden inneren Organen verfallen können. Kinder scheinen besonders Chloroform gegenüber empfindlich zu sein. Um über die Funktion der inneren Organe vor einer Narkose bezw. Operation genau unterrichtet zu sein, nehmen wir außer den sonstigen üblichen Untersuchungen noch Feststellung des Blutdruckes nach Riva Rocci, mikroskopische Blutuntersuchung und den sogen. Treppenversuch vor, d. h. die betreffenden Patienten

müssen 2 Stiegen in mäßig schnellem Tempo hinaufsteigen; der Unterschied in der Frequenz des Pulses vor und nach dem Steigen sowie die Zeit der Rückkehr zur anfänglichen Frequenz geben immerhin ein einigermaßen genaues Bild über die Qualität des Herzens. Nach anfänglich gutem Verlaufe beginnt am 1. oder 2. Tage nach der Narkose bzw. Operation der Puls an Frequenz zuzunehmen und sich zu verflachen, desgleichen sind ab und zu hohe Temperaturen vorhanden ohne jede entzündliche Erscheinung von seiten der übrigen Organe oder des Peritoneums. Die Kranken werden nach und nach unruhig, haben einen unbestimmten Druck in der Herzgegend, werden zyanotisch, der Gesichtsausdruck ist ängstlich, mitunter besteht leichter Ikterus. Die Atmung ist angestrengt, die Urinmenge nimmt ab, der Urin selbst ist manchmal rötlich trüb, enthält Zylinder, rote und weiße Blutkörperchen und Epithelien. Im weiteren Verlauf wird der Puls immer schneller und kleiner, die anfänglich zyanotische Gesichtsfarbe weicht einer wächsernen Blässe, die Gesichtszüge sind spitz, die Haut ist feucht und kalt. Das typische Bild des Verfalles. Ist einmal die Situation so weit fortgeschritten, so ist die Prognose absolut infaust, die Patienten überstehen die nächsten 12 Stunden nicht mehr, sie sterben langsam dahin bei fliegender Atmung und unfühlbarem Pulse, oder der Exitus tritt plötzlich ein, z. B. während des typischen schwarzroten, kaffeesatzähnlichen Erbrechens. Wenn die Prognose beim Beginn der ersten Erscheinungen auch noch nicht völlig als pessima zu stellen ist, so liegt doch stets eine ernste Gefahr vor. Prognosis est valde dubia. Therapeutisch ist anfangs mit Kochsalzinfusion subkutan oder rektal, Digalen, Theobromin, Strophanthin intravenös oder Koffein und reichlich Kampfer ein Versuch zu machen, auch Pituitrin und Adrenalininjektionen bringen manchmal Besserung. Allergrößte Ruhe und Schonung vor psychischen Erregungen sind geboten, Besuch von Verwandten ist möglichst ganz zu vermeiden. Oft ist eine Eisblase auf die Herzgegend von gutem Nutzen, auf den Leib dagegen Wärmeflaschen. Jede körperliche Anstrengung, so auch das Erbrechen, ist möglichst zu unterdrücken, im Notfall mit einer schonenden Magenspülung. Natürlich gibt es Fälle, die klinisch die Erscheinungen der sekundären Narkosenschädigung machen, und aus der Sektion ergibt sich eine andere Ursache, meistens ist aber das klinische Bild eindeutig. Die Todesfälle ereignen sich meistens an dem 3. und 4. Tage, aber auch erst am 6.—10. Tage nach der Narkose. Eine völlig ungefährliche Narkose gibt es heute noch nicht, aber nach Verf. Erfahrungen haben wir in der Mischnarkose mit dem Roth-Dräger-Apparate eine wesentlich un-

gefährlichere Art der Narkose als die mit der einfachen Tropfnarkose. Der Vorteil liegt in einem bedeutend geringeren Verbrauche von Narkotikum, der seinerseits eine Verminderung des sekundären Narkosentodes bedingt. (D. m. W. 1914 Nr. 20.)

Abortive Erysipelbehandlung. Von Joh. Kumaris (Kriegshospital in Athen). Punktförmige Kauterisation der ganzen geröteten Oberfläche mit dem Thermokauter hatte in einem Falle eklatanten Erfolg. Verf. ging von der Idee vor, daß das Erysipel, wenn auch keine rein lokale Affektion, so doch eine zeitweise lokale darstellt, deren Eingangspforte in vielen Fällen zugänglich ist. Und wenn man bei anderen Streptokokkeninvasionen den Versuch macht, die Eindringlinge zu beseitigen, so ist kein Grund einzusehen, warum man dieses Prinzip nicht auch hier anzuwenden versuchen sollte. Freilich vollständig ist dies nicht möglich; dies ist der Hauptgrund, weshalb z. B. die Skarifikationen und sonstigen unvollständigen Spaltungen im Bereich der befallenen Region im Stich lassen. Neben dem Thermokauter aber kommt eine zweite Kraft hinzu, nämlich die Hyperämie und Vermehrung der Phagozytose. Die Hyperämie allein hat scheinbar, nach der empirischen Anwendung früherer Zeiten (Bügeleisen, Eis u. a.), auch nicht genügt. Der Thermokauter aber, welcher beides vereinigt, kann bei gutem Gebrauch, nämlich einer vollständigen minutiösen Kauterisation der ganzen Partie auf einmal, die Wanderung der Streptokokken behindern. Dies bewies der glänzende Erfolg seiner Anwendung. Ein Soldat, welcher aus Saloniki mit einer eiternden Operationswunde im unteren Winkel des Scarpaschen Dreiecks (Aneurysmaoperation) transportiert wurde, zeigte plötzlich eines Abends eine Temperatursteigerung bis zu 40,3°. Beim Verbandwechsel fand sich die Wunde von einem handteller-großen Fleck umgeben. Gleich am nächsten Tage war die Rötung im größten Teil des Oberschenkels verbreitet, und Verf. war gezwungen, unter leichter Chloroformnarkose die ganze Fläche durch das feine Messer des Thermokauters zu punktieren, meist oberflächlich und möglichst dicht nebeneinander ($\frac{1}{8}$ —1 cm). Ab und zu wurden tiefere feine Stiche gemacht, durch die ganze Haut hindurch. Es wurde die ganze entzündete Oberfläche bis zum Rande kauterisiert. Leider wurde eine fünfmarkstückgroße rote Stelle oberhalb der Glutäalfalte, die von der übrigen kranken Partie getrennt war, wegen der großen Ausdehnung der schon verbrannten Stellen und unschlüssig, ob es nicht vielleicht bloß eine dekubitale Rötung sei, nicht punktiert. Abendtemperatur 39,5°. Am nächsten Tage fand sich die kleine Insel mit der übrigen Partie vereinigt; Kauterisation. Nächsten Tag Temperatur 37°. Das Erysipel war

nirgends über den Rand der alten Fläche hinaus vorgeschritten. Die Streptokokkenwanderung ist prompt und dauernd verhindert worden, die allgemeine Infektion wurde vermieden, und die Temperatur blieb in normalen Grenzen. Vorsichtshalber werden noch 2 mal kleine rötliche Partien touchiert, sonst waren sämtliche übrigen Teile direkt blaß vom 3 Tage ab. Die feineren Löcher eiterten schon vom 3. Tage an und wurden ungefähr am 5. Tage trocken. Die Krankheit war mit einem Male kupert. Dies nennt man eine abortive Behandlung. Man kann aus einem Erfolge gewiß keine Schlüsse ziehen, man darf aber die Methode zum weiteren Versuche empfehlen und ihre praktische Bedeutung hervorheben. Sie muß aber regelrecht angewandt werden, gleich im Anfang und auf der ganzen erkrankten Partie. Bezüglich der Narben (Flecken) ist zu sagen, daß sie größtenteils vermieden werden können (feines Messer, mehrere oberflächliche Stiche usw.) und daß sie gewöhnlich von selbst verschwinden. Im Gesicht wird der Paquelin seltener in Gebrauch kommen.

(B. kl. W. 1914 Nr. 20.)

Ueber die Behandlung des Erysipels. Von Prof. Dr. Arneth (Aus der Medizinischen Klinik des städt. Krankenhauses zu Münster i. Westf.). „Unsere Behandlungsmethode besteht darin, daß wir mit einem Haarpinsel 3—4 mal am Tage 5 %iges Karbolöl auf die erkrankten Partien und Umgebung (kein Verband!) aufpinseln; infolge der öligen Lösung ist die Konzentration durchaus nicht etwa zu stark und tritt selbst bei tagelanger Applikation keine Aetzwirkung auf der Haut auf. Das Rationelle liegt vor allem auch darin, daß der denkbar geringste Reiz auf die erysipelatös erkrankte Haut ausgeübt wird, während ein Verband oder eine Maske immer gewechselt werden muß, sich immer etwas verschiebt und reibt oder gar drückt. Mit der Applikation von Salben und Salbenverbänden ist jedenfalls mehr Reiz verbunden, noch mehr aber bei etwa notwendig werdender Entfernung von Resten, wenn eine neue Salbe aufgetragen werden soll. Das 5 %ige Karbolöl, in dünner Schicht aufgetragen, bleibt in genügender Menge haften, es dringt leicht in die spröde, trockne und heiße Haut ein, macht sie geschmeidig und beseitigt und mildert daher das unangenehme Spannungsgefühl; auch wird das Schmerzgefühl selbst durch die anästhesierende Wirkung der Karbolsäure wesentlich abgestumpft. Es scheint auch hier in der anästhesierenden Wirkung an sich, wie dies für Schleimhautprozesse behauptet wurde, ein unterstützender Faktor in der direkten Bekämpfung der Entzündung zu liegen. Die Patienten empfinden selbst die wohltuende Wirkung

sehr angenehm und verlangen direkt nach Wiederholung der Einpinselungen. Es ist erstaunlich, wie gierig die entzündete Haut das Oel einsaugt, kurz nach der Einpinselung sieht man oft schon nicht mehr viel davon übrig; es verschwindet aber auch so vollkommen, so daß Reste nicht entfernt zu werden brauchen. Damit ist auch eine gute resorptive Wirkung der Karbolsäure garantiert. So viele Fälle und so ausgedehnt wir sie mit 5 % igem Karbolöl aber auch behandelt haben, nie wurde dabei etwa eine Karbolintoxikation beobachtet, so daß also nach dieser Hinsicht keinerlei Bedenken obwalten.“ (Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 9.)

Diphtherieserum bei Erysipel wandte Dr. Bergmann in Hannover in 2 Fällen (schweres idiopathisches Erysipel beide Male) mit eklatantem Erfolge an. Wirkung schon innerhalb 24 Stunden. Bedingung: möglichst frühzeitige Injektion mit reichlich hohen Immunisierungseinheiten. Falls nach 24 Stunden kein erheblicher Temperaturabfall und Stillstand des Erysipels, nochmals injizieren, event. auch am 3. Tage. (M. m. W. 1914 Nr. 42.)

Ueber Mesbébehandlung bei chirurgischer Tuberkulose und bei infizierten Wunden. Von Dr. V. Chlumsky, Universitätsprofessor in Krakau. Das Mesbé ist zwar kein Spezifikum gegen Tuberkulose, doch ein so gutes Mittel, welches Verf. nicht gerne gerade bei chirurgischer Tuberkulose missen möchte. Er benutzt es bei seinen Patienten über ein Jahr und hat damit fast 1000 Fälle behandelt — meistens Knochen- und Gelenktuberkulose. Er hat es als 20 % ige Salbe (mit Vaseline) oder als Injektionsflüssigkeit (20 Mesbé ad 100 Glyzerin) angewandt — innerlich aber nur selten gegeben. Als Salbe hat es besonders bei infizierten Wunden und Fisteln gut gewirkt; sie wurden rein, rosarot, verkleinerten sich, kurz und gut, das Mesbé wirkte wenigstens ebenso gut wie alle anderen üblichen Mittel, nur schien es, daß seine Wirkung viel rascher und prompter wurde. Auch große Höhlen wurden mit der Zeit klein, die Sekretion geringer, namentlich bei tuberkulösen Pleuraergüssen. Aber auch andere nicht tuberkulöse Wunden schlossen sich schneller als sonst. Das beste Resultat gaben die Injektionen von 20 % Mesbé-Glyzerin in die geschlossenen, kalten Abszesse. Nach Entleerung des Eiters injizierte Verf. ziemlich große Dosen der genannten Flüssigkeit, ohne daß es den Patienten lästig wurde; besonders traten fast nie höhere Temperaturen auf, wie sie bei Jodoformglyzerin üblich sind. Patienten vertragen die Injektionen außerordentlich gut, und — was die Hauptsache dabei

bildet — die Abszesse wurden fast durchwegs geringer und verschwanden manchmal außerordentlich rasch.

(Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 9.)

b) Innere Krankheiten.

Kochsalzlösungen zur subkutanen und intravenösen Anwendung, hergestellt aus gewöhnlichem Brunnen- oder Leitungswasser und Kochsalz. Von Dr. Friedrich Hercher, Oberarzt der chirurgischen und gynäkologischen Abteilung des St. Vinzenz-hospitals in Ahlen i. Westf. „Nach großen Blutverlusten, bei Er-lahmen der Herzkraft, zur schnellen Ernährung von Patienten, die durch Verletzungen, große Operationen oder lange schwere Krankheit stark geschwächt sind, wird man gern zu subkutanen oder intravenösen Kochsalzinfusionen greifen. Selbstverständlich benutzt man in der Friedenspraxis im Krankenhaus oder wenn irgend möglich indifferente isotonische Kochsalzlösungen, hergestellt aus destilliertem Wasser und chemisch reinem Kochsalz mit oder ohne Zusatz von Digalen, Pituitrin, Natrium bicarbonicum, Trauben-zucker usw. Da wohl auch im Felde Indikationen zu Kochsalz-infusionen genug gegeben sein werden, steriles, frisch destilliertes Wasser und chemisch reines Kochsalz aber manchmal fehlen dürfte, so teile ich folgende Erfahrung mit. In der Außenpraxis war ich einmal bei einer Frau, die infolge geplatzter Eileiterschwanger-schaft fast völlig ausgeblutet war, ein anderes Mal bei einem Manne, der durch immense Darmblutungen infolge eines Duo-denalulcus fast moribund war, gezwungen, aus gewöhnlichem Wasser und Küchensalz eine Kochsalzlösung herzustellen. Ich setzte zu 1 l Wasser 2 kleine Teelöffel feinpulverisiertes Küchensalz, ließ die Lösung $\frac{1}{2}$ Stunde kochen, filtrierte sie durch sterile Watte und infundierte sie intravenös. Mit dem Erfolg war ich sehr zufrieden; die Patienten vertrugen diese Lösungen ohne schädigende Nebenwirkung und blieben am Leben. Trotzdem mir die Arbeiten von Wechselmann und Ehrlich über den sogen. „Wasserfehler“ bei intravenösen Salvarsaninjektionen bekannt waren, habe ich dann auch wiederholt im Krankenhause ohne Schaden abgekochtes gewöhnliches Leitungswasser zu subkutanen und intra-venösen Infusionen benutzt. Es trat wohl hin und wieder eine leichte Fieberreaktion, zuweilen auch ein leichter Schüttelfrost auf, aber diese Erscheinungen treten ja auch vereinzelt nach Infusionen mit frisch destilliertem, sterilem Wasser auf. Der Zweck dieser Zeilen ist, darauf hinzuweisen, daß man in Fällen der Not erstens ohne Scheu zu Kochsalzlösungen, auch den intravenösen, gewöhn-

liches Brunnen- oder Leitungswasser benutzen darf, das $\frac{1}{2}$ Stunde gekocht hat und dann filtriert ist, zweitens daß man in genannten Fällen auch ohne Schaden eine nicht ganz genau isotonische Lösung benutzen darf. Letzteres steht auch im Einklang mit der Erfahrung, daß man seit langer Zeit bei Hämoptoen mit bestem Erfolg bis 3 mal am Tage intravenöse Injektionen von 10 bis 15 %iger Kochsalzlösung verwendet.“

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 38.)

In einer Arbeit **Bekämpfung der Kriegsseuchen im Felde** betont Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Nocht (Hamburg) die Rolle, die Fliegen bei der Übertragung, namentlich von Typhus und Dysenterie, spielen, und schreibt: „Es ist schwer, der Fliegenplage im Felde, namentlich auch in Lazaretten, Herr zu werden. Von großer Wichtigkeit wird es sich erweisen, daß dafür gesorgt wird, daß die Brutplätze der Fliegen — Düngerstätten, namentlich Ablagerungsstellen von Pferdemist, Pferdeställe — möglichst weit entfernt von den Wohnungen bleiben. Zur Abtötung der Fliegenmaden im Dünger haben sich Kalk und Chlorkalk nicht bewährt, wahrscheinlich wegen der Schwierigkeit gleichmäßiger Verteilung. Am wirksamsten soll sich Durchtränkung des Pferdedüngers mit einer Lösung von Eisenvitriol (1:4) erwiesen haben. Die Aborte müssen natürlich möglichst weit von den Küchen entfernt liegen. Der Inhalt der Aborte und Latrinen sollte womöglich täglich entfernt und vergraben, mindestens aber regelmäßig mit Saprol oder dergleichen überschichtet werden. Gegen die Fliegenplage in den Stuben, Küchen usw. hat sich Abspritzen der Wände mit dem Giemsaschen Mückenspray wirksam erwiesen.

Zusammensetzung:

Pyrethrumtinktur (herzustellen aus 20 Teilen gepulverten	
Pyrethrumblüten und 100 Teilen 96%igem, mit	
25%igem Methylalkohol denaturiertem Weingeist)	580 g
Kaliseife (möglichst geruchfreie Oelseife)	180 g
Glyzerin	240 g
	<hr/>
	1000 g

Bei Bekämpfung der Mücken ist das Gemisch mit der 20fachen Menge Wasser zu verdünnen. Bei Bekämpfung der Fliegen ist eine Verdünnung 1:10 zu wählen. Jede Gartenspritze, die einen feinen Sprühnebel erzeugt, kann dazu verwendet werden. Weitere Versuche hierüber sind bei uns im Gange. Natürlich ist das nur ein Palliativmittel, es muß event. täglich wiederholt werden.“

(M. m. W. 1914 Nr. 4, Feldärztl. Beil.)

Die Behandlung des Unterleibstypus. Von Prof. Dr. E. Romberg (I. Mediz. Klinik in München). Vor allem wichtig genügend reichliche Ernährung von Anfang an! Mindestmaß 35 Kalorien pro Kilo und Tag; wünschenswert 40, 50 und mehr. Die erforderlichen Kalorien werden am besten in flüssiger oder dünnbreiiger Kost zugeführt. Vor allem gibt man täglich 2—2½ l Milch, event. dazu ¼ l Rahm, 4—5 Eier, läßt die Milch zum Teil mit reichlichem Mehl verschiedener Art abrühren, auch dünne Breie herrichten, gibt Zucker, am besten Milchzucker, zu 30—50 g hinzu. Der Geschmack der Milch kann durch Zusätze wechselnd gemacht werden. Alkohol ist nur bei Menschen notwendig, die größere Mengen gewohnheitsmäßig genommen haben. Aber auch gegen gewiegttes Fleisch, eingeweichten Zwieback, durchgetriebenes grünes Gemüse hat Verf. keine grundsätzlichen Bedenken. — Sehr wichtig ferner: gute Mundpflege, größte Ruhe, geeignete Lagerung (am besten weichgefülltes Hirsekissen, darüber Fell). — Die Wasserbehandlung spielt heute eine geringere Rolle. Sie tritt jedenfalls hinter der Bedeutung ausreichender Ernährung zurück. Die Höhe der Körperwärme erscheint Verf. nicht mehr als Grund einer Wasseranwendung, wenn nicht übermäßige Grade, über 41,5° erreicht werden. Dagegen schätzt Verf. die Wasserbehandlung sehr hoch, um einen Kranken aus seiner Benommenheit zu erwecken und um bei ausgedehnten oder stärkeren Erkrankungen der Bronchien und der Lunge die Atmung anzuregen und so der weiteren Ausdehnung dieser Störungen entgegen zu wirken. Diese Anzeigen für die Wasseranwendung sind oft auch bei mäßigem Fieber und nicht immer bei hoher Körperwärme gegeben. Am wirksamsten sind Bäder von 32—38° C und 5—15 Minuten Dauer mit kurzem, ganz kaltem Uebergießen von Nacken, Kehlgegend, Achselhöhlen, Magen-grube am Schluß. Sind Bäder nicht zu beschaffen, oder handelt es sich um sehr schwächliche, blutarme Menschen, erreicht man annähernd dasselbe durch halbstündige Einpackungen des ganzen Körpers, unter Umständen auch nur des Rumpfes in nasse Laken von derselben Temperatur mit einer Wolldecke darüber. Auch Abwaschungen können als mildeste Einwirkung verwendet werden. Mehr als 1—2, höchstens 3 Wasseranwendungen am Tage sind fast nie erforderlich. — Wird der Puls schlecht, so spreche man nicht gleich von Kreislaufschwäche, sondern überzeuge sich zunächst, ob es sich nicht um eine Folge von Unterernährung handelt. Dann ist durch sofortige reichliche Ernährung auch der Kreislauf am wirksamsten zu verbessern. Liegt ein Mangel in dieser Beziehung nicht vor, gebe man Coffeinum natrobenzoicum (subkutan 2—3 mal täglich 0,1—0,2), Kampferöl (intramuskulär

2—3 mal täglich 1,0) oder das bisweilen vortrefflich wirksame Strophanthin (intravenös höchstens alle 36—48 Stunden 0,5 bis 0,75 mg). Bei schwachem Herzen gebe man von vornherein 3 mal täglich 0,05 Pulv. fol. Digital. titrat., 0,5 ccm Digalen oder $\frac{1}{2}$ Tablette Digipurat. Bei Darmblutung ist, wenn möglich, einen Tag nur Eismilch in geringer Menge zu geben, während mehrerer Tage die Nahrungszufuhr zu beschränken und sind 4—5 mal täglich 10—15 Tropfen Opiumtinktur zu verabreichen. Zu anregenden Mitteln greife man nicht sofort, weil die erste Blutung fast nie Gefahr bringt und jede Verstärkung des Kreislaufs die Blutung erneuern kann. Wirken wiederholte Blutungen zu schwächend, mache man eine intravenöse oder subkutane Eingießung physiologischer Kochsalzlösung, umwickle die Glieder und lagere Kopf und Rumpf niedriger. Bei Bauchfellentzündung ist so rasch wie möglich chirurgisch vorzugehen. Jedes Zuwarten verschlechtert die Aussichten, die allerdings auch bei raschestem Eingreifen zweifelhaft, aber doch wesentlich besser sind. Die quälende Schlaflosigkeit der ersten Wochen wird durch Kälteanwendung auf den Kopf, durch 0,3 Pyramidon, 0,25 Phenazetin oder Laktophenin am Abend oft sehr wirksam bekämpft. Genügt das nicht, können kleine Mengen Veronal, Luminal oder dgl. unbedenklich gegeben werden. Bei erregten Trinkern sind 2,0 Kal. bromat. mit 10 Tropfen Opiumtinktur ein empfehlenswertes Beruhigungsmittel.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 38.)

Bolus alba bei Diarrhöe, Ruhr und asiatischer Cholera. Von Prof. Dr. Julius Stumpf, Kgl. Landgerichtsarzt, Kgl. Medizinalrat in Würzburg. Verf. macht erneut auf seine Bolustherapie aufmerksam, mit der er ausgezeichnete Erfolge erzielt hat. Man gibt am besten eine Aufschwemmung in Wasser: Bolus (zu empfehlen das Mercksche Präparat) 1: Wasser (kaltes, aber auch angewärmtes) :2, also z. B. 200 g Bolus auf 350—400 g frisches Wasser. Beim gewöhnlichen diarrhöischen Darmkatarrh, ob fieberhaft oder nicht, läßt man beim Erwachsenen 200 g Bolus in 400 g Wasser womöglich auf einmal trinken. In weitaus den meisten Fällen sind mit der einmaligen 200 g-Gabe alle Erscheinungen behoben, und es kann schon nach 2—3 Stunden, natürlich mit einiger Vorsicht, wieder gewöhnliche Nahrung gegeben werden. Wenn sich wieder Krankheitserscheinungen geltend machen, abermals 200 g oder alle 3 Stunden 100 g bis zum völligen Nachlaß. Als ein sehr wichtiger Umstand bei der Bolusbehandlung erscheint folgender: Gerade bei schweren Darmkatarrhen, und besonders auch bei Cholera, kann man die häufige Beobachtung machen, daß fast unmittelbar

oder wenigstens alsbald nach der ersten Einführung des Mittels in der mehrerwähnten großen Menge wiederholt neuerliche diarrhöische Stuhlentleerung erfolgt, eine Erscheinung, die der Unerfahrene und Aengstliche leicht als eine Verschlimmerung seines Zustandes auffassen kann, während sie im Gegenteil als günstig und als erstes durch die Boluseinfuhr veranlaßtes Heilsymptom zu erachten ist. Es beruht diese Erscheinung darauf, daß schwere infektiöse Darmkatarrhe und besonders auch asiatische Cholera nicht selten mit einem lähmungsartigen Zustande der Darmmuskulatur einhergehen — Sistieren der Diarrhöen bei Fortbestand des Erbrechens und anderer schwerer Symptome ist bekanntlich bei Cholera und ähnlichen Zuständen schon immer als ein ominöses Zeichen angesehen worden —, und sobald nun die Boluswirkung einsetzt, ergibt sich zunächst auch eine Wiederkehr der Darmperistaltik, und es werden nun die angesammelten Schleimmengen der unteren Darmabschnitte zunächst unter wiederholtem Stuhldrang, vielleicht auch unter leichten kolikartigen Beschwerden zutage gefördert; alsbald tritt dann nach genügender Boluszufuhr weißer Bolusstuhl auf, und es stellt sich dann ganz überraschend schnell völliges Wohlbefinden ein. Bei der Bazillenruhr, bei der die Erscheinungen mehr allmählich auftreten und auch der Verlauf ein mehr protrahierter ist, ist es notwendig, auch die Bolusverabreichung etwas länger auszudehnen als beim Brechdurchfall; aber auch hier bei der Ruhr muß Verf. dringend empfehlen, zu Beginn der Behandlung 200 g und dann etwa alle 3—4 Stunden 50 g nehmen zu lassen, neben entsprechender Diät, bis zum völligen Nachlaß der Erscheinungen. Dieser völlige Nachlaß wird nicht lange auf sich warten lassen. Eine so große sofortige Dosis von 200 g Bolus ist, wie Verf. wiederholt betonen will, auch bei der Bazillenruhr sofort bei Beginn des Verfahrens notwendig, damit sich eine große breiige Bolussäule durch den Darm einschieben und die bedrohte Schleimhaut vor weiterer Zerstörung (Gefäßnekrose usw.) schützen kann. (M. m. W. 1914 Nr. 40, Feldärztl. Beil.)

Acetonalzäpfchen bei der Proctitisbehandlung. Von Dr. med. W. Jüngerich. Verf. hat in mehreren Fällen von Proctitis, bei denen eine tägliche Lokalbehandlung nicht möglich war, die von Athenstedt und Redeker hergestellten Acetonalzäpfchen verwandt, welche als wirksames Desinfiziens und Adstringens die essigsäure Tonerde (Alsol) in 2 %igem und 10 %igem Aceton-Chloroform-Salizylsäureester enthalten. Bei ihrer Anwendung ist nebenbei eine sehr gute anästhesierende Wirkung zu konstatieren. In allen bisher mit Acetonal behandelten Fällen sah Verf. die gleiche günstige

Wirkung auf proctitische Prozesse, sodaß ein weiterer Versuch mit dem Präparat in den Fällen, wo eine regelmäßige örtliche Behandlung nicht gut möglich ist, oder auch zur Unterstützung der sonstigen Therapie der Proctitis sehr empfehlenswert erscheint.
(B. kl. W. 1914 Nr. 8.)

Zur Alkalithherapie des Diabetes mellitus. Von Dr. G. G. Wilenko in Karlsbad. Auf Grund der Ausführungen können folgende Gesichtspunkte als maßgebend für Einleitung einer Alkalithherapie bei einem Zuckerkranken betrachtet werden. 1. Jedem Diabetiker mit Azetonurie soll, wie es auch bis nun der Fall war, Alkali zugeführt werden. 2. Bei Zuckerkranken ohne Azetonurie soll eine Alkalithherapie eingeleitet werden, sobald die Bestimmung der Kohlensäurespannung im Blut eine Säuerung des Organismus ergeben hat. 3. Jedem Diabetiker, auch ohne Azetonurie, soll in den Perioden einer kohlehydratarmen oder fleischreichen Diät gleichzeitig auch Alkali verordnet werden. Diesen letzten Punkt möchte Verf. besonders betonen, da dadurch die im Anschluß an strenge Diät so oft auftretende Azetonurie vielleicht vermieden werden kann. — Die bei Diabetes empfohlenen Mineralwasserkuren können zum Teil unter diesem Gesichtspunkte bewertet werden. Zu denjenigen Faktoren, die überhaupt beim Aufenthalt im Kurort in Betracht kommen, also Beruhigung des Nervensystems, leichtere Durchführung der Diät usw., kommt noch die Wirkung des mit den Mineralwässern zugeführten Alkalis hinzu. Wenn wir in eine wichtige Funktion des Alkalis, die Hebung des zuckerverbrauchenden Vermögens im azidotischen Organismus, Einblick gewonnen haben, so müssen wir uns auch die Grenzen der Alkalithherapie vergegenwärtigen. Durch Alkalizufuhr wird einer Säuerung des Diabetikers vorgebeugt, eine vorhandene neutralisiert; die nachträglichen Folgen der Säuerung vermieden, deren eine die schädliche Wirkung auf den Zuckerverbrauch darstellt. Es ist aber nichts bekannt, woraus wir schließen könnten, daß durch die Alkalithherapie auch die Ursache der Säurebildung im Organismus beeinflußt wird. Diese kann weiter vor sich gehen, um nach Aussetzen des Alkalis, früher oder später, zu einer neuerlichen Aziditätssteigerung zu führen. Wir können die Alkalithherapie als symptomatische bezeichnen; sie ist um so wertvoller, da wir eine kausale Therapie des Diabetes nicht kennen.
(M. Kl. 1914 Nr. 24.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ueber Wassersalben. Von Dr. Hermann Mayer in Berlin. Das reine Eumattan ist von gelber Farbe und befindet sich in

flüssigem Zustande; durch Zusatz von Wasser gewinnt die Flüssigkeit eine festere Konsistenz, sie verwandelt sich in eine Salbe, deren Festigkeit mit steigendem Wassergehalt zunimmt. Die Aufnahmefähigkeit für Wasser ist dabei eine außerordentliche, da eventuell das Zwölfwache an Wasser aufgenommen werden kann. Mit dem Wasser werden gleichzeitig zugesetzte Substanzen, die sich in Lösung befinden, aufgenommen, z. B. essigsäure Tonerde, Wasserstoffsuperoxyd, Borwasser usw. Es ist also gleichsam auf diese Weise möglich, die Lösung eines Medikamentes fast rein, nur in anderer (Salben-) Form auf die Haut zu applizieren; denn bei Zusatz der zwölffachen Wassermenge enthält die Salbe nicht ganz 8% Eumattan. Die einmal aufgenommene Flüssigkeit wird sehr lange festgehalten. Auf die warme Haut aufgetragen, verliert die Salbe erst nach mehreren Stunden ihre zähere Konsistenz, was beweist, daß erst dann eine bemerkbare Wasserabgabe an die Umgebung stattgefunden hat. Die Vorzüge der Eumattanapplikation liegen auf der Hand. Ueber die Bequemlichkeit der Anwendung kann von vornherein kein Zweifel bestehen. Die Wirkung ist natürlich intensiver als bei feuchten Umschlägen, da die Verdunstung unverhältnismäßig langsamer erfolgt. Gleichzeitig wird die Haut durch den Fettgehalt geschont. Bei Brandwunden dürfte es sich am meisten empfehlen, Eumattan mit essigsaurer Tonerde (z. B. Liq. Alum. acet. [5 %] 80,0 + Eumattan 20,0) anzuwenden. Verf. hat u. a. ein 2jähriges Kind mit dieser Salbe behandelt, welches sich die linke Gesichtshälfte und den linken Arm verbrüht hatte. Nach dem Auflegen der essigsäuren Tonerde-Eumattanmischung schwanden die Schmerzen des Kindes sofort, was an seiner sogleich eintretenden Beruhigung zu erkennen war. Die Heilung vollzog sich ohne Störung. Eine weitere wichtige Indikation bilden die akuten Ekzeme im Anfangsstadium, besonders bei Fällen von Primeldermatitis traten die Vorzüge des Eumattans zutage. Auch bei Ulcus cruris waren die Erfolge höchst zufriedenstellend. (Aerztl. Rdsch. 1914 Nr. 27.)

Ueber Afridolseife. Von Dr. Bernheim (Aus der Königlichen dermatologischen Universitätsklinik zu Breslau). Gute Erfolge bei impetiginösen Affektionen der Gesichtshaut, der Bartgegend und des Kopfes, bei Akne, Seborrhoea capitis oleosa, Pityriasis versicolor, Phthirii pubis und Pediculi capitis, bei Chloasma uterinum und Epheliden. Die Art der Anwendung ist die denkbar einfachste und sauberste: Man weist den Patienten an, die betreffenden erkrankten Partien kräftig einzuseifen und den entstandenen Schaum entweder nach einiger Zeit (1—2 Stunden) mit

lauem Wasser abzuwaschen oder auf der Haut völlig eintrocknen zu lassen.
(B. kl. W. 1914 Nr. 32.)

Erfahrungen mit dem Haarspiritus aus Euresol Knoll. Von Dr. Paul Jacob in Charlottenburg. Verf. hat mit dem Euresol sehr gute Erfahrungen gemacht. Euresol ist Resorzinmonoazetat und kommt zur Haarpflege parfümiert unter dem Namen „Euresol pro capillis“ in den Handel. Es bildet eine bräunliche Flüssigkeit von angenehmem Geruch. In den meisten Fällen ist der Euresol-haarspiritus, der rezeptmäßig zu verschreiben ist: Euresol. pro cap. 10,0, Spirit. 125,0, Aq. dest. ad 250,0, zur Behandlung der Kopfhaut am geeignetsten. Je nach Lage des einzelnen Falles kann dieser Vorschrift noch Sublimat, Tannin, Chinin, Salizylsäure usw. beigelegt werden. Ist die Kopfhaut sehr trocken und fettarm, so empfiehlt es sich, obiger Vorschrift ca. 2% reines Paraffinöl zusetzen zu lassen, oder aber man verordnet das Euresol pro capill. als Haarpomade, z. B. Euresol pro capill. 5,0, Ungt. pomadin. alb. ad 50,0. Die Tatsache, daß nach der Anwendung des Euresols bald die Haare nicht mehr ausfallen, die Schinnen verschwinden und das Jucken aufhört, gibt den Patienten sofort wieder belebende Hoffnung, so daß er auch die Kur einhält. Die Behandlung selbst muß regelmäßig und einige Monate hindurch fortgeführt werden. Darauf ist streng zu achten. Verf. läßt in der ersten Zeit das Mittel jeden zweiten Abend mit den Fingerspitzen oder einer kleinen weichen Bürste auf die Kopfhaut dünn auftragen. Der Haarspiritus trocknet sehr rasch ein. Nach ungefähr 4 Wochen genügt es, das Präparat zweimal wöchentlich zu gebrauchen.
(Derm. Wschr. 1914 Nr. 27.)

Zwei weitere mit Kupfer und Quarzlampe geheilte Fälle von Ulcus rodens. Von Dr. H. Weiß in Barmen. Es wird ausdrücklich bemerkt, daß eine, wenn auch etwas langsamer sich vollziehende Heilung allein mit der Lekutylsalbe in einfachen, täglich einmal zu erneuernden Verbänden erreicht werden kann.
(D. m. W. 1914 Nr. 29.)

Behandlung der Ulcera varicosa mit Käse. Von G. O. Williams. Verf. empfiehlt, einen Brei aus Rahmkäse, Wasser und Rahm zu machen und denselben auf das Ulcus varicosum aufzulegen. Gesalzener Käse brennt $\frac{1}{2}$ Stunde lang nach dem Auflegen, ungesalzener schmerzt nicht, doch scheint der erstere besser zu wirken. Er legt diesen Käsebrei 3 mal im Tage auf. Die

Schmerzen verschwinden vollständig, bis der Käse im Verband aufgesaugt worden ist.

(Med. Record, 13. Sept. 1913. — Schweiz. Corr.-Bl. 1914 Nr. 25.)

Zur Behandlung des Herpes zoster. Von Dr. med. Althoff in Attendorn i. W. Auf Grund der Beobachtung von zahlreichen Fällen der Gürtelrose scheint mir eine akute Infektionskrankheit vorzuliegen; dementsprechend möchte ich die nachfolgende Behandlung, welche sich mir in allen Fällen bewährt hat, die Krankheitsdauer abkürzt, die Schmerzen und das Jucken lindert, sehr empfehlen. Die Behandlung soll möglichst frühzeitig beginnen. Man gebe 3 mal täglich: Urotropin, Aspirin $\bar{a}\bar{a}$ 0,5 in einem halben Glase Wasser und lasse eine Tasse heißen Tee nachtrinken. Die erkrankte Körperstelle erhält 2 mal täglich einen Salbenverband mit:

Thymol

Ac. carbol. liq. $\bar{a}\bar{a}$ 1,0

Vaselin. alb. ad 100,0

MDS.: äußerlich.

(M. m. W. 1914 Nr. 36.)

Cykloform als Lokalanästhetikum in der Beinbehandlung. Von Dr. Hafermann in Oldenburg i. Gr. Seitdem Verf. Cykloform gebraucht, kann er auch bei den größten und schmerzhaftesten Geschwüren nach Anwendung dieses Mittels sofort mit dem Verbands beginnen. Nach vorhergehender Reinigung, wozu man sich am zweckmäßigsten des Wasserstoffsuperoxyds bedient, wird das Pulver mittels eines Pinsels auf die Geschwüre aufgetragen. Die schmerzstillende Wirkung, welche schon nach kurzer Zeit eintritt, kann sich über 24—48 Stunden erstrecken. Der Verbandwechsel, welcher anfangs mindestens alle 2 Tage zu erfolgen hat, verursacht nach Gebrauch von Cykloform bedeutend weniger Beschwerden als bei Verwendung anderer ähnlicher Medikamente. Im Gegensatz zu anderen Präparaten war es Verf. auffällig, daß Reizerscheinungen nicht auftraten, ebensowenig Gangrän.

(Allg. m. Zztg. 1914 Nr. 32.)

Die Behandlung des Urticariaanfalls als eines Reizzustandes der Vasodilatoren durch Reizung der Vasokonstriktoren vermittels des Adrenalins. Von B. Scholz. Bei einer größeren Anzahl Urticariakranker wurden durch die subkutane Einspritzung von Adrenalin die quälenden Symptome des Haut- und Schleimhautödems sofort und sicher beseitigt.

(Ztbl. f. Herzkrht. 1914 Nr. 12.)

Apparate und Instrumente.

Eine neue Fingerkürette. Von Dr. H. Wintz (Aus der Universitäts-Frauenklinik Erlangen). Zur Ausräumung zurückgebliebener Abortreste bildet der Finger noch das beste Instrument. Einerseits ist die Perforation des Uterus dabei fast vollkommen ausgeschlossen, andererseits ist es gerade dem Praktiker nur in wenigen Fällen möglich, jederzeit die geeignete Assistenz zur instrumentellen Ausräumung zu haben. Aber gar oft macht man die Beobachtung, daß kleine Reste so fest sitzen, daß sie mit dem Finger, zumal wenn ihn ein Gummihandschuh schützt, nicht von der Uteruswand loszulösen sind. Diesem Uebelstand soll das Instrument abhelfen. Es stellt eine Kürettenschleife dar, die sich auf einem federnden Ringe aufsetzt. Das Instrument wird über den Zeigefinger gestreift, so daß der Kürettenring auf die Fingerbeere aufzuliegen kommt und der Gipfel des Fingers noch ein klein wenig über die obere Rundung der Kürette vorragt. In dem den Finger umspannenden Ring sind zwei Löcher angebracht, durch die ein Faden geschlungen wird, der über den Handrücken herunterhängt. Damit ist im Falle des Abgleitens der Kürette im Uterus die Entfernung leicht möglich. Der mit dem Instrument bewehrte Finger geht in das Uteruskavum ein und schabt in kurzen Strichen der hinteren und dann der vorderen Wand entlang. Das ungestörte Tastempfinden erlaubt eine ganz genaue Orientierung, womit eine Perforation fast unmöglich wird. Die mehrfache Anwendung des Instrumentes in der Klinik hat die Brauchbarkeit der Fingerkürette erwiesen. Die Fingerkürette wird angefertigt bei der Instrumentenfabrik G. A. Kleinknecht in Erlangen. (M. m. W. 1914 Nr. 16.)

Einen einfachen Gelenkwinkelmesser hat Dr. Robert Grünbaum (Wien) konstruiert. Der Apparat¹⁾ besteht aus einem Halbkreis, der an seinem Rande eine Gradeinteilung von 0°—180° trägt, einem sogenannten Transporteur. In dem Mittelpunkt dieses Kreisbogens sind zwei Zeiger angebracht, die mit dem einen Ende über der Gradteilung spielen und an ihrem anderen Ende in Form von Metallstäben über den Kreisbogen hinausragen. Diese Stäbe bestehen aus ganz dünnem Messingblech und setzen sich aus 4 Teilen zusammen, die mittels Scharnieren beweglich miteinander verbunden sind, so daß man diesen Stäben eine beliebige Länge von 5—25 cm geben kann. Durch entsprechende Wahl der Länge

¹⁾ Zu beziehen durch Mechaniker Ferdinand Skotnitz, Wien, XVIII. Schopenhauergasse 64 um den Betrag von M 10 oder Kronen 12.

der Meßstäbe können mit demselben Apparate in der gleichen Weise sowohl ganz kleine Gelenke, wie die der Finger, als auch ganz große, wie die der Schulter, gemessen werden. Die Scharniergelenke besitzen einen Anstoß, so daß sie nur bis zur Geraden gestreckt werden können und für die Messung einen festen Halt haben. Zusammengeklappt auf die geringste Länge, besitzen die Stäbe doch nur eine Dicke von $\frac{1}{2}$ cm. Verf. benutzt diesen kleinen Meßapparat schon länger als 3 Jahre.

(Mschr. f. Unfallhkl. 1914 Nr. 6.)

Ein neuer vergrößernder, saugender und massierender pneumatischer Ohrtrichter. Von Stabsarzt Dr. Robert Dölger (Frankfurt a. M.). Der Ohrtrichter besteht aus einem gebogenen Glastubus. Die obere konvexe Fläche ist schräg abgeplattet, wodurch wir ein deutliches, etwas vergrößertes Bild vom Trommelfell gewinnen. Am vorderen Ende des Glastubus befindet sich ein Metallring mit Schraubgewinde, bestimmt zum Ansetzen der metallenen Trichter (in drei Größen); letztere sind mit einem Stückchen Gummischlauch überzogen, um ein luftdichtes, schmerzloses Einsetzen in den Gehörgang zu ermöglichen. Das hintere Ende des Glastubus ist olivenförmig ausgezogen und durch einen Gummischlauch (18—20 cm) mit einer Metallpumpe verbunden, welche drückt und saugt und dabei gleichzeitig kleine intermittierende Schläge gibt. Der Stoßkolben ist in Millimeter eingeteilt und mit einem Schraubgewinde versehen, so daß wir je nach Lage des Falles die Druck- und Saugkraft ändern können. Der Apparat ist verwendbar:

1. Zu diagnostischen Zwecken, um Verwachsungen, Narben, Atrophien, Perforationen, Verkalkungen des Trommelfells festzustellen.

2. Zu therapeutischen Zwecken, a) um Eiter im Mittelrohr durch eine Perforations- oder Parazenteseöffnung des Trommelfelles nach außen zu saugen, b) um durch sogenannte Trommelfellmassage Verwachsungen des Trommelfells mit der Paukenhöhle allmählich zu lockern, bei Neigung zur Einsenkung des Trommelfelles Verwachsungen zu verhüten und endlich um — durch derartige Zustände bedingte — subjektive Ohrgeräusche und Schwindelerscheinungen zu vermindern oder zu beseitigen. Der Apparat eignet sich insbesondere auch zur Selbstbehandlung durch Kranke, nachdem der Arzt die notwendige Druck- und Saugkraft bestimmt hat. Zur Trommelfellmassage mittels Elektromotor läßt sich der Ohrtrichter ohne weiteres an die Breitungssche Luftpumpe anschließen. Die Massage darf jedoch nur durch eine Minute und

2—3mal wöchentlich etwa vier bis fünf Wochen lang ausgeübt werden, worauf eine mehrmonatliche Pause erfolgen muß.

Der Ohrtrichter ist wesentlich einfacher gebaut als der Siegle'sche Ohrtrichter, auskochbar und wirkt gleichzeitig vergrößernd. Die Metallpumpe hat — abgesehen von den kleinen intermittierenden Schlägen, welche die massierende und saugende Kraft erhöhen — den Vorzug, daß sie haltbarer und wirksamer ist als der Gummiballon, und daß sie je nach Lage des Falles eine Dosierung zuläßt. Der durch DRGM. geschützte Apparat wird hergestellt von den Veifa-Werken Frankfurt a. M., Wildunger Straße 9. Preis des Ohrtrichters: a) mit Metallpumpe und intermittierenden Schlägen und sonstigem Zubehör 30 Mk., b) mit Metallpumpe ohne intermittierende Schläge und sonstigem Zubehör 12 Mk., c) mit Gummiballon ohne intermittierende Schläge und sonstigem Zubehör 6 Mk. (M. m. W. 1914 Nr. 2.)

Zur Beleuchtungsfrage bei geburtshilflichen Eingriffen im Privathause. Von Dr. Karl Neuwirth in Wien. Weihmann in Freiburg i. B. hat einen praktikablen Beleuchtungsapparat in Form einer zigarrenartigen Mundlampe beschrieben. Ein Metallfadenlämpchen ist mit kleinem Reflektor in ein hohles Hartgummimundstück eingeschraubt. Letzteres hat die flache, gekerbte Form einer Hundepfeife, um auch während des Sprechens mühelos zwischen den Zähnen gehalten werden zu können. Die oberen Schneidezähne stoßen auf eine Kontaktfeder, die im Innern des Mundstückes liegt. Bei festerem Zubeißen schließt die Feder den Kontakt; bei losem Festhalten verlischt die Lampe. Vom Mundstücke führt eine Klingelschnur unter dem Operationsmantel hindurch in die Hosentasche des Arztes, in welcher eine flache Taschenlaterne, in deren Edisongewinde statt eines Lämpchens das Ende der Klingelschnur eingeschraubt ist, getragen wird. Um den Kontakt von Speichel frei zu halten und das Lämpchen steril in den Mund zu bekommen, wird das Mundstück vor dem Gebrauche mit einem sterilisierbaren Kristallbabyschnuller überzogen. Das Gesichtsfeld des Operateurs kann somit mühelos stets beleuchtet werden; Strom wird jedoch nur in den Augenblicken des Bedarfs verbraucht. Dem Sprechen ist das Lämpchen, dessen ganzes Gewicht dem einer Zigarre gleich ist, weder ein- noch ausgeschaltet hinderlich; eine Schutzkapsel dient zum Anhängen an den Operationsmantel. Der beschriebene Beleuchtungsapparat hat sich seinem Erfinder während des letzten Balkankrieges im türkischen Feldlazarette sehr wohl bewährt; auch im Gebärsaale der Freiburger Klinik sind Versuche mit Weihmanns Lampe angestellt.

worden. Selbe, auch sonst den Bedürfnissen des Praktikers gut angepaßt, dürfte eine wertvolle Bereicherung des geburtshilflichen ärztlichen Inventars bilden und hätte überdies noch den recht wesentlichen Vorteil, nur ganz besonders wenig Raum zu beanspruchen. Für den geburtshilflichen Praktiker sollte es jedoch unter allen Umständen zur Regel werden, beim Rufe zur Entbindung oder Operation in seiner Tasche einen entsprechenden Beleuchtungsapparat mitzuführen; ein solcher, entweder in Form eines Lichtreflektors samt Stirnbinde oder der Lampe nach Weimann, sollte in Zukunft in keiner für das ärztliche Accouchement ausgerüsteten Tasche fehlen. (M. Kl. 1914 Nr. 25.)

Apparat zur Behandlung der Hautwassersucht. Von Dr. Engelen, Chefarzt am Marienhospital in Düsseldorf. Der Apparat besteht aus 6 Nadeln, die mit einer flachen Metallkapsel in Verbindung stehen; die Ableitung der aufgefangenen Flüssigkeit aus dem Hohlraum erfolgt durch einen angeschlossenen Gummischlauch in eine auf dem Boden stehende Flasche. Die Nadeln tragen nicht nur eine endständige Oeffnung, sondern auch die Außenwände sind perforiert. Durch gleichzeitige Verwendung von 6 Nadeln und vermöge der siebartigen Durchlöcherung der Rohrwände wird zunächst ein breiter Abfluß der Oedemflüssigkeit gewährleistet. Sodann ermöglichen die seitlichen Perforierungen das Abfließen aus verschiedenen Tiefen der Unterhaut. Die geschlossene Leitung zur Flasche vermeidet eine Nässung der Verbandstoffe und verringert somit die Infektionsgefahr. Dadurch, daß Verbandstoffe sich nicht vollsaugen, wird auch eine Stockung des Abflusses vermieden. Die auf dem Boden stehende Flasche bewirkt durch Heberwirkung eine Verstärkung des Abflusses. Schließlich läßt sich die in der Flasche sich ansammelnde Flüssigkeit messen, somit ist eine Kontrolle der Stärke des Abflusses ermöglicht. Der Apparat, dessen Konstruktion durch D. R. G. M. geschützt ist, wird hergestellt von der Firma Louis & H. Loewenstein, Berlin N, Ziegelstr. 28/29. (D. m. W. 1914 Nr. 31.)

Eine Vorrichtung zum Auffangen und Transportieren von Stuhl für klinische Untersuchungen. Von W. Kiel (Berlin). Der Apparat besteht im wesentlichen aus einer dickwandigen Glasschale von 18 cm Durchmesser und 5 cm Tiefe, einer Metallfassung des Bodens und einem mit einer Dichtung versehenen Blechdeckel. Seitlich an der Gestellfassung sind Oesen angebracht, an welche Gurte befestigt sind. Diese wiederum ermöglichen durch ein einfaches Befestigen an dem Klosettring ein bequemes

Aufhängen des Gefäßes in dem Klosettinneren. Die Bodenfassung und der Blechdeckel des Aufnahmegefäßes werden nach der Benutzung mittels Metallklammern absolut sicher und fest verschlossen. Der Apparat führt den Namen „Faecotenor“ und wird von der Firma Gebrüder Muenke, Berlin NW., Schumannstr. 2, zum Preise von 6 Mk. vertrieben, auch ist er in den meisten Apotheken vorrätig. (B. kl. W. 1914 Nr. 36.)

Drahtgeflechte als Schienenmaterial. Darüber schreibt Oberstabsarzt Widmann. „Allen Feldsanitätsformationen sei die Beschaffung von Drahtgeflechten, gewöhnlich der mittleren und feineren Sorte, wie sie, zu Abgrenzungszwecken dienlich, allenthalben erhältlich sind, bestens empfohlen. Bei bequemer Beschaffungsgelegenheit in Heimat und Feindesland stellen sie ein schmiegsames, bequem zu adaptierendes, leicht zu verpackendes Schienenmaterial dar. Erheblich verstärkt werden diese Verbände noch durch einfache Blechstreifen. Auch dieser Verbandstoff ist ebenso leicht zu beschaffen, wie mit Blechschere zurechtzuschneiden. Seine scharfen Kanten stören, dem Drahtgeflechte aufruhend, nicht, während sonst Blechstreifen natürlich gut gepolstert sein müssen. Wir haben bei der Kompanie mit diesen Verbänden die besten Erfahrungen gemacht.“

(Feldärztl. Beil. zur M. m. W. 1914 Nr. 44.)

Neue Bücher.

In dem 4. Bd. der **Abhandlungen über Salvarsan**, herausgegeben von P. Ehrlich (München, J. F. Lehmann's Verlag, Preis 9 Mk.), ist wieder eine große Anzahl wichtiger Arbeiten gesammelt, deren Kenntnis nicht nur für den mit Salvarsan Arbeitenden, sondern für alle Praktiker ungemein wichtig ist. Allgemeine Erfahrungen, Abortivbehandlung, Technik, Nebenwirkungen usw. haben wiederum volle Berücksichtigung gefunden, und es ist eine Fülle von Material zusammengetragen, das für die Praxis nützliche Dienste leisten wird.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Gratzner in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-Rat Dr. Eugen Graetzer** in **Berlin-Friedenau.**

Verlag von **Leopold Voß** in **Leipzig und Hamburg.**

XXIV. Jahrgang

Nr. 4.

Januar 1915

Auszüge.

Aetiologisches.

Nierenentzündung nach Handverletzung. Von Dr. P. Frank (Berlin). Ein 57jähriger Schlosser zog sich eine Rißwunde am linken Zeigefinger und Bruch des 5. Mittelhandknochens zu. Heilung. Einige Zeit später aber Eiterung an der Hand und darauf Nierenentzündung. Auf das Gutachten einer Autorität hin, das den Zusammenhang der Nierenentzündung mit der eitrigen Entzündung als sicher hinstellte, wurden die Rentenansprüche anerkannt.
(M. Kl. W. 1914 Nr. 27.)

Ueber das Liegendtragen der Kinder und die Häufigkeit der Linkskoliosen. Von Guido Engelmann. Die Säuglinge werden in den ersten Lebensmonaten fast stets auf dem linken Arm getragen. Daher resultiert eine seitliche Ausbiegung des ganzen Rumpfes nach links. Die großen Skoliosenstatistiken von Scholter, Waith und Combe berichten, daß von 2314 untersuchten Schulkindern 91,4 % einfache Biegungen ihrer Wirbelsäule aufwiesen, und von diesen 91,4 % waren 70,3 % nach der linken Seite konvex. E. Müller fand bei seinen Untersuchungen von Skoliotikern, daß 68 % eine nach links gerichtete Hauptkrümmung zeigten. Diese auffallenden statistischen Ergebnisse sind leicht mit dem einseitig Liegendtragen der Kinder in Einklang zu bringen.
(W. Kl. W. 1914 Nr. 3.)

Aetiologie der multiplen Sklerose. Von St. Flaschen (Wien). In den 18 klinisch untersuchten Fällen multipler Sklerose

des Verfassers fanden sich klinisch tuberkulöse Lungenveränderungen. Es wird deshalb die von gewissen Eigentümlichkeiten der multiplen Sklerose weiterhin gestützte Möglichkeit angenommen, daß dieselbe einer tuberkulösen Infektion des Organismus ihren Ursprung verdankt.

(Zschr. f. exper. Path. u. Ther. 16 H. 2. — D. m. W. 1914 Nr. 42.)

Durch Askariden vorgetäuschter Tumor. Von v. Klein (Graudenz). Bei einer 24jährigen Nullipara blieb nach Beseitigung eines Reizzustandes der Genitalorgane durch klinische Behandlung in der Blinddarmgegend ein Tumor von wechselnder Größe und Empfindlichkeit, der auch spontan heftige Schmerzen machte. Die Laparotomie ergab eine dem Coecum vorgelagerte, stark injizierte und erheblich gedehnte Dünndarmschlinge, welche ein Konvolut von 3 ineinander geschlungenen großen Spulwürmern barg. Durch leicht massierende Bewegungen wurden die Würmer in entgegengesetzter Richtung auseinandergeschoben und der Bauch geschlossen. Drei Tage darnach wurden auf Santonin die 3 Askariden entleert. Heilung.

(Nordostdeutsche Ges. f. Gynäk. 7. 2. 14.)

Syphilis hereditaria und Aortenveränderungen. Von Hans Neugebauer (Kassa). Faßt man die sich aus der Arbeit ergebenden Folgerungen zusammen, so ergibt sich daraus:

1. Gibt es Fälle, wo auf Grund der hereditären Lues Veränderungen an der Aorta und ihren Klappen vorkommen.

2. Können diese sub 1 geschilderten Veränderungen außer dem positiven Wassermann die einzigen Manifestationen von Lues sein.

3. Die genannten Veränderungen bedingen nicht a priori eine kurze (extrauterine) Lebensdauer, sondern können sich erst unter dem Einfluß des alltäglichen Lebens und seiner Schädlichkeiten so weit weiterentwickeln, daß sie den Patienten zum Arzt führen und einer klinischen Diagnose zugänglich werden.

4. Die ex lue hereditaria an der Aorta auftretenden Veränderungen bestehen wie bei der nach akquirierter Syphilis vorkommenden in der Aortitis syphilitica, die durch Übergreifen auf die Klappen zur Klappeninsuffizienz oder anderseits zur aneurysmatischen Erweiterung der Aorta führen kann.

(W. kl. W. 1914 Nr. 17.)

Neue Beziehungen zwischen Nase und Auge. Von Dr. Teodoro Fischer-Galati (Rom). Verf. berichtet über 3 bemerkenswerte Fälle bei Kindern, welche auf Beziehungen zwischen

dem Auge und der Nasenhöhle hinweisen. Im ersten Falle handelte es sich um ein 10jähriges Kind, welches schon seit 8 Jahren an Hemeralopie litt, Sehschärfe auf knapp 0,2 mit — 0,5 D. sphaer. herabgesetzt. Augenhintergrund normal. Nach Abtragung der Rachenmandel stieg die Sehschärfe auf 0,6. Der 2. Fall betrifft ein 12jähriges Mädchen mit leichtem Astigmatismus und Ermüdungserscheinungen bei Naharbeit. Nach Abtragung der reichlichen adenoiden Vegetationen verschwanden die Beschwerden, die Sehschärfe, die vorher 0,6 betragen hatte, war auf 0,9 gestiegen. Im dritten Fall handelte es sich um einen 14jährigen Knaben, der ziemlich plötzlich an hochgradiger Amblyopie zuerst am rechten, dann am linken Auge erkrankt war. (Fingerzählen auf ca. 1 m.) Augenhintergrund beiderseits normal. Pupillen sind erweitert und reagieren träge auf Licht. Die Untersuchung des Gesichtsfeldes ergab ein großes zentrales Skotom beiderseits. Die rhinologische Untersuchung ergab reichliche adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum, sowie eine Hyperplasie der Gaumenmandeln. Es wurden diese zuerst, und einige Tage später die adenoiden Wucherungen des Nasenrachenraumes abgetragen. Von da an Besserung des Sehvermögens, das nach einem Monat wieder 1 beträgt.

(Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie,

48. Jahrg. 1914 Heft 1 — Allg. m. Zztg. 1914 Nr. 26.)

Angina und Sepsis. Von Kl. Löhniger. Eingehende Beschreibung dreier Fälle, in denen Angina den Ausgangspunkt schwerer Sepsis im Puerperium bildete. Im ersten Falle kam es im Anschluß an eine Angina zu einer allgemeinen Sepsis, die eine Frühgeburt im 9. Monate bedingte und der die Mutter 10 Tage später erlag. Das 5 Tage p. p. gestorbene Kind zeigte ebenfalls die Erscheinungen schwerer Sepsis (Strepto- und Staphylokokken in Herz, Milz, Abdomen). Die Autopsie der Mutter ergab: Abgelaufene Pharyngitis, Ödem des weichen Gaumens, Lymphadenitis, der tiefen, linksseitigen, zervicalen Lymphdrüsen. Metastatische subakute, eitrige-fibrinöse Peritonitis und Pleuritis. Ganz geringe metastatische Endometritis puerperalis. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 21jährige IIpara, die innerhalb von 3 Stunden ein lebendes Kind gebar. Am 5. Wochenbettstage hohe Temperatur unter den Erscheinungen von Sepsis und Peritonitis. Exitus am 10. Tage. Die Sektion dieses Falles ergab: Eine alte linksseitige und eine frische rechtsseitige Tonsillitis, die vom Pathologen als der Ausgangspunkt der Sepsis bezeichnet wurde. Eine dritte Pat. wurde am 7. Tage nach spontaner, 3 Stunden dauernder Geburt und vollständig afebrilem Wochenbett entlassen. Am 8. Tage traten hohes Fieber und peritonitische Erscheinungen auf,

weshalb die Pat. wieder in die Klinik verbracht wurde. Am 12. Tage p. p. Exitus. Auch hier wurde bei der Autopsie (Prof. Rössle) eine alte Retentionszyste der rechten Tonsille und Narben der Tonsillen, sowie eine chronisch rheumatische Endokarditis der Mitralis mit subakutem Rezidiv gefunden. Verf. rät dringend, in jedem Todesfalle an Sepsis eine gründliche Sektion des ganzen Körpers vornehmen zu lassen.

(Inaug.-Diss. München 1913. — Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 23.)

Diagnostisches.

Erfahrungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren.

Von R. Otto und G. Blumenthal (Aus der Serologischen Abteilung [Prof. R. Otto] des Instituts für Infektionskrankheiten Robert Koch in Berlin). Eine Spezifität der sogenannten „Abwehrfermente“ im Sinne Abderhaldens ließ sich nicht nachweisen.

Die A. R. ist für die allgemeine Praxis wegen ihrer Fehlerquellen nicht zu empfehlen. (D. m. W. 1914 Nr. 41.)

Ueber die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion. Von Dr. Arthur Eder (Aus der Geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Städtischen Rudolf Virchow-Krankenhauses). Aus den Untersuchungen geht hervor, daß man bei negativem Ausfall der A. R. mit allergrößter Wahrscheinlichkeit eine Schwangerschaft ausschließen kann. Eine positive A. R. kann dagegen auch durch pathologische Zustände, nach den vorliegenden Fällen durch Karzinom, Lues und eitrige Prozesse, hervorgerufen werden.

(D. m. W. 1914 Nr. 41.)

Zur Diagnose der Appendicitis. Von C. ten Horn in Helder (Holland). Schmerz bei Zug am rechten Samenstrang. Unter 15 Patt. zeigte diese Erscheinung sich ganz typisch in 12 Fällen. In einem Falle war auch der Zug am linken Samenstrang schmerzhaft; in diesem Falle fand sich bei der Operation viel sero-fibrinöses Exsudat in der Bauchhöhle. Nur 2 mal war der Zug am rechten Samenstrang nicht schmerzhaft. Bei der Prüfung muß man jeden unnötigen Druck des Testis vermeiden; am besten ergreift man den Samenstrang oberhalb des Testis zwischen Daumen und Zeigefinger. Der Zug am Samenstrang erzeugt eine Verschiebung des parietalen Peritoneums in der Nähe des inneren Leistenringes; bekanntlich ist bei Entzündung des Peritoneums die geringste Zerrung schon schmerzhaft. Dieser Zugschmerz am rechten Samenstrang gibt also auf indirektem Wege Aufklärung.

(Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 40.)

Zur Frühdiagnose des Magenkrebses und zur Differentialdiagnose der Achylien mit besonderer Berücksichtigung der quantitativen Eiweißbestimmung und der Fermentabscheidungen im Mageninhalt. Von Dr. M. Trallero (Aus der Poliklinik für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten von Prof. Albu und Dr. Callmann in Berlin). 1. Selbst hohe Eiweißwerte sowie das Salzsäuredefizit können nicht in Betracht gezogen werden bezüglich der Frühdiagnose des Magenkarzinoms. Das Salzsäuredefizit hat keine klinische Bedeutung, da es meistens hoch ist (über 20), wo die Gesamtaazidität sehr niedrig ist (5—8).

2. Hohe Eiweißwerte (400) in Verbindung mit niedrigen Pepsin- und Labwerten können bei der Differentialdiagnose zwischen benigner und maligner Achylie die Annahme der letzteren stützen.

3. Niedrige oder normale Eiweißwerte (160) sprechen nicht gegen Karzinom.

4. Man kann die nervösen Achylien von solchen, die durch Gastritis bedingt sind, auch dadurch unterscheiden, daß sie eine auffällige Inkonzanz in der Abscheidung der Fermente erkennen lassen.
(D. m. W. 1914 Nr. 28.)

Eine diagnostisch-therapeutische Beobachtung bei Retroflexio uteri. Von H. Arndt in Berlin-Lichtenberg. Zwei bis drei Beobachtungen haben Verf. gelehrt, daß man bei mobiler Retroflexio, nach mißlungenem Versuche digitaler Aufrichtung, mit Sicherheit wissen kann, ob es überhaupt gelingen wird, den Uterus instrumentell in die richtige Lage zu bringen. Ließ Verf. nämlich die Patientinnen die komplette Bauchlage (oder Knie-Ellbogenlage) einnehmen, dann verschwanden bei mobiler Retroflexio sofort alle Beschwerden (die heftigen Rückenschmerzen, der Blasen- und Stuhlbrand usw.); und zwar geschieht dies durch die selbständige Rückkehr (das Umkippen) des Uterus in die normale Lage. Solche Fälle eignen sich unbedingt für die Küstnersche Methode, während alle übrigen, bei denen trotz der Bauch- (oder Knie-Ellbogenlage) die Beschwerden im wesentlichen fortbestehen, der retroflektierte Uterus durch Adhäsionen sicher am Umkippen in die normale Lage gehindert wird. In diesen Fällen bleibt also nur noch das operative Verfahren übrig, falls man sich nicht vorerst zur Massagebehandlung entschließt. Das beobachtete Aufhören jeglicher Schmerzen usw. bei Bauch- (oder Knie-Ellenbogen-) Lage ist zugleich therapeutisch zu verwerten. Man verordnet Tags über für die erste Zeit der Behandlung, falls man nicht sofort die instrumentelle Aufrichtung nach Küstner machen kann (z. B. bei dem ersten Besuch in der Wohnung des Kranken), nur Bauchlage und

gibt ein Sedativum (z. B. Suppositorien aus Opium et Bellad. āā) nur des Abends für die Nachtzeit, um Schmerzen zu verhüten, falls die Kranke im Schlafe die Bauchlage verlassen sollte.

(M. Kl. 1914 Nr. 8.)

Über den Inguinalschmerz bei jungen Männern. Von Dr. Spoerl in Tahlheim i. Erzg. Verf. möchte über einen typischen Schmerz in der Inguinalgegend berichten, den er in mehreren Dutzend Fällen bei jungen Leuten beobachtet hat. Es handelt sich fast immer um Männer um die 20 Jahre herum; gewöhnlich führt sie die Angst, eine Bruchanlage oder einen Bruch zu haben, zum Arzt, in der Regel sind sie schon mit einem Bruchband bewaffnet, das der Bandagist mit oder ohne ärztliche Verordnung abgegeben hat, das ihnen jedoch ihre Beschwerden nicht genommen hat, im Gegenteil, dieselben haben oft sogar eine Steigerung erfahren. Die Schmerzen werden geschildert als ein Ziehen und Zucken in der Leiste; die Untersuchung ergibt bezüglich Bruch oder Bruchanlage ein negatives Resultat; dagegen kann eine Schmerzhaftigkeit im Bereich und in der Umgebung des äußeren Leistenringes konstatiert werden. — Verf. hat nun in der Annahme, daß es sich um Schmerzerscheinungen im Bereich des Funiculus spermaticus in Verbindung mit der Spermiabereitung und Absonderung handelt, — es sind immer Männer in den stürmischen Jahren der Geschlechtsblüte — mit folgender Therapie sehr gute Erfolge erzielt: Extr. Belladonna in Tropfen oder als Stuhlzäpfchen, leichte Massage der Inguinalgegend mit einer indifferenten Salbe; innerlich ein Brompräparat als Sedativum; auch eine Infiltrationsanästhesie dieser Gegend mit Novokain-Adrenalin nach Braun hat gute Dienste geleistet. Verf. betrachtet daher diesen Schmerz als den Ausdruck einer Art Kolik des Funiculus spermaticus, verbunden mit einer Neuralgie im Bereich des Nerv. sperm. ext. vom Nerv. genitofemoralis, welcher ersterer zugleich mit dem Samenstrang den äußeren Leistenkanal passiert und durch eine Pubertätsintumeszenz des Funikulus gerade bei straffem, engem Leistenring in Mitleidenchaft gezogen werden kann. Das Bruchband wurde strikte verboten.

(M. m. W. 1914 Nr. 5.)

Kasuistisches.

Nervöse Störungen bei Kindern beobachtete Dr. O. Katz (Charlottenburg). 5 Mädchen von besseren, „nervösen“ Eltern, 6—10 Jahre alt, zeigen Angstzustände. Schlechtes Aussehen, Schlaffheit, Appetitlosigkeit sind vorhanden, Anfälle von Unruhe

treten auf, die Kinder spielen nicht mehr, eines bekommt abends vor dem Zubettgehen heftige Schreikrämpfe infolge von Angstgefühl. In allen Fällen beruht der Zustand darauf, daß die Kinder Greuelthaten vom Kriegsschauplatz erzählt bekamen!

(B. kl. W. 1914 Nr. 47.)

Syphilitische spinale Amyotrophie des Schultergürtels. Von A. Kummant. Bei einem 41jährigen Manne, der vor 20 Jahren luetisch infiziert war, zeigte sich seit 2 Jahren eine fortschreitende Atrophie hauptsächlich der Schultermuskulatur, verbunden mit zerebralen (Kopfschmerzen, Schwindelgefühl) und spinalen Symptomen (Mastdarm- und Blasenstörungen, erhöhte Reflexerregbarkeit, sensible Reizerscheinungen). Wa.R. im Blut und in der Zerebrospinalflüssigkeit positiv, Nonne-Apeltsche Reaktion im Liquor ebenso. Die antisymphilitische Kur hatte nur einen Nachlaß der heftigen Kopfschmerzen bewirkt.

(D. Zschr. f. Nervhik. 51 Heft 1/2.

D. m. W. 1914 Nr. 26.)

Ein Beitrag zur Kenntnis des sogenannten hämolytischen Ikterus. Von Oskar Lindbom. Verf. kann über 5 Fälle aus derselben Familie berichten, die alle den charakteristischen Symptomenkomplex zeigten: chronischen, von Kindheit an vorhandenen, in der Intensität schwankenden, acholurischen Ikterus mit stark gefärbtem Kot, Splenomegalie, Urobilinurie, Anämie mit allen Erscheinungen einer beschleunigten Blutregeneration und schließlich als charakteristischstes Symptom die Resistenzverminderung der Erythrozyten gegenüber hypotonischer Kochsalzlösung. Sehr häufig wird das Leiden mit Cholelithiasis verwechselt. 3 der vorliegenden Fälle wiesen Schmerzanfälle in der Leber- und Milzgegend auf, die fälschlich als Gallensteinanfälle zuerst gedeutet wurden.

(Hygiea 1914 Nr. 7. — Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 23.)

Study of a case of congenital hemolytic jaundice. Von E. T. F. Richards and W. C. Johnson. Pat., eine junge Frau, war von Geburt an gelbsüchtig gewesen; in früheren Jahren hatte sie zeitweilig in Zwischenräumen von einigen Monaten an Anfällen von Leibschmerzen und Erbrechen unter Verdunkelung der gelben Hautfarbe gelitten; nachdem einige Gallensteine operativ entfernt, waren die Anfälle fortgeblieben, um in den letzten Jahren in weniger heftiger Form wiederzukehren. Die Untersuchung ergab

Vergrößerung der Milz, verringerte osmotische Widerstandskraft der roten Blutkörperchen, Anämie mit den charakteristischen Blutveränderungen und niedrigen Hämoglobingehalt, Urobilinurie. Pat. wünschte eine operative Behandlung, um von den Anfällen befreit zu werden; während der Anfälle schwoll die Milz unter Schmerzen noch mehr an. Dennoch konnte man sich zur Splenektomie nicht entschließen, sondern exstirpierte nur die Gallenblase. Die Anfälle haben sich seitdem, d. h. in anderthalb Jahren, nicht wiederholt.

(Journ. of amer. med. assoc. 1913. —
Zbl. f. inn. M. 1914 Nr. 23.)

Two instances of chronic family jaundice. Von A. H. Hopkins (Philadelphia). In einer Familie waren durch zwei, in einer anderen sogar durch drei Generationen hindurch mehrere Glieder von chronischem Ikterus befallen. Der Ikterus verstärkte sich anfallsweise; während der Anfälle war die Milz geschwollen; bei einem Pat. konnte nachgewiesen werden, daß auch die Fragilität der roten Blutkörperchen während der Anfälle gesteigert war. Die Leber war nicht vergrößert, der Ikterus beruht nicht auf Verstopfung der Gallenwege, sondern war lediglich hämolytischer Natur.

(Amer. journ. of the med. scienc. Nov. 1913. —
Zbl. f. inn. M. 1914 Nr. 23.)

Ueber Pulsationerscheinungen in der Rachenhöhle. Von Dr. Fritz Wagner (Aus der II. medizinischen Klinik in Wien) Beschreibung von 2 Fällen: In dem einen Falle handelte es sich um einen jungen Mann mit Concretio pericardii cum corde, chronischer Peritonitis, chronischer Perihepatitis, Mediastinitis, Pleuritis, Hypertrophie des rechten Ventrikels, Stauungsleber, Ascites und diastolischem Venenkollaps. Derselbe zeigte eine deutliche pulsierende Bewegung nur der rechten Gaumenbögen, während die linken sich an dieser Pulsation nicht beteiligten. Gleichzeitig weist auch die rechte Carotis eine bedeutend stärkere Pulsation auf als die linke. Die Gaumenpulsation war ferner vollständig synchron mit der Herzaktion. — Das Röntgenbild gab eine genügende Erklärung für diese Erscheinung. Es zeigte sich nämlich, daß die bestehende Mediastinitis eine beträchtliche Verziehung der Aorta nach rechts bewirkt hatte. Es ließ sich daher daran denken, daß infolge dieser Verschiebung sich die Pulswelle aus der Aorta ascendens besser in die Anonyma und weiter in die rechte Carotis fortpflanzen kann und dadurch ihre stärkere Pulsation zu erklären

ist. In dieser Ansicht wurde man noch bestärkt durch die Beobachtung, daß bei Neigung des Kopfes nach der rechten Seite die Rachenpulsation an Intensität beträchtlich abnimmt und nur ganz undeutlich wird, bisweilen sogar ganz verschwindet, während gleichzeitig auch die Carotispulsation jetzt beiderseits gleich stark ist. Auch einfache Drehung des Kopfes nach rechts hat denselben Einfluß auf die Pulsation, während die Drehung des Kopfes nach links die Pulsationsphänomene kaum merklich veränderte. Dieser Fall beweist daher, daß eine Pulsation der Rachenorgane, wenigstens eine einseitige, auch durch bloße erleichterte Fortleitung der Pulswelle allein zustande kommen kann. — Außerdem hatte Verf. in letzter Zeit Gelegenheit, einen Patienten mit einer deutlichen Rachenpulsation zu sehen, deren Genese ganz verschieden von den bisher bekannten ist. Es war ein älterer Mann, der mit den Erscheinungen schwerer Kompensationsstörungen aufgenommen wurde. Die Untersuchung ergab eine Insuffizienz der Mitralis und Tricuspidalis mit beträchtlicher dilatativer Hypertrophie des Herzens, wahrscheinlich auf Grund einer Arteriosklerose. Ferner bestand Hydrothorax, Hydroperikard, Ascites und Anasarka; die Jugularvenen sprangen in ungewöhnlich intensiver Weise als breite, dicke Stränge vor und zeigten sehr deutlich einen positiven, herzsystolischen Venenpuls, und auch an der mächtig erweiterten Leber war Pulsation nachweisbar. Der Patient war sehr stark dyspnoisch zyanotisch. Bei der Inspektion der Mund- und Rachenhöhle fand Verf. dieselbe ganz zyanotisch verfärbt und deutlich herzsynchrone rhythmische Bewegungen zeigend. Am stärksten pulsierten die Gaumenbögen mit der Uvula, aber auch die Zunge wurde pulsatorisch gehoben. Dabei war diese Pulsation von mehr langsam ansteigendem Typus, während sonst die arterielle Pulsation einen schnellenden, hüpfenden Charakter hat. Eine Aorteninsuffizienz konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die zyanotische Verfärbung der Rachenorgane ließ daran denken, daß diese Pulsation venöser Natur sei, analog dem Jugularvenen- und Leberpuls. Unter Digitaliswirkung verschwand dieses Phänomen parallel mit der Zunahme der Kompensation und parallel mit der Abnahme der Zyanose, und bei darauffolgender Verschlimmerung des Zustandes trat es von neuem und jetzt noch viel deutlicher wie früher hervor. Und als sich sein Befinden zum 2. Male wesentlich besserte, die Oedeme, der Hydrothorax, die Zyanose und Dyspnoe ganz geschwunden waren, war auch die Rachenpulsation nicht mehr zu sehen. Die Schleimhaut war nicht mehr zyanotisch, sondern hellrot gefärbt, die Jugularvenen pulsierten nur mehr schwach, und der Leberpuls fehlte vollständig.

Alle diese Momente sprechen mit größter Wahrscheinlichkeit dafür, daß es sich hier wirklich um eine echte venöse Gaumen- und Zungenpulsation gehandelt hat, schon auffallend durch die Zyanose der Rachengebilde.
(M. Kl. 1914 Nr. 27.)

Symmetrische Gangrän aller vier Extremitäten als Unfallfolge. Von Dr. Th. v. Olshausen in Berlin. Der im Alter von 57 Jahren stehende Kläger war auf einer Steintreppe ausgeglitten und auf Gesäß und Rücken gefallen. Erst am Abend dieses Tages bemerkte er eine Anschwellung des Hodensacks. Zwei Tage darauf schlug er sich beim Zerkleinern von Holz mit dem Stiel der Axt gegen die Hoden. Wenige Tage später wurde ärztlicherseits eine starke Schwellung des rechten Hodens festgestellt, der einige Wochen darauf wegen starker Eiterung operativ entfernt werden mußte. Die Wunde blieb mehrere Monate unverheilt, es zeigten sich Geschwüre an den Unterschenkeln, und — nachdem eine Gesichtsrose hinzugetreten war — begann zwei Monate nach der Entfernung des Hodens eine brandige Abstoßung des größten Teils der Finger beider Hände und auch von Gliedern der Zehen. Auf Grund des Obergutachtens der Universitätsklinik, an die sich das Reichsversicherungsamt zur Beurteilung des Falles gewandt hatte, ist der ursächliche Zusammenhang der bei dem Kläger bestehenden Gangrän mit dem Betriebsunfall angenommen worden, weil infolge des Unfalls eine infektiöse Erkrankung mit mehreren Eiterherden, insbesondere solchen am rechten Hoden, am Kopfe und an den Füßen eingetreten ist, die in zeitlicher Aufeinanderfolge eine Vereiterung des rechten Hodens, demnächst eine Gesichtsrose und im Anschluß an diese die Gangrän zur Folge gehabt hat. In dem Obergutachten war ausgeführt worden, es stehe als ärztliche Erfahrungstatsache fest, daß eine derartige Gangrän sich in mehreren beobachteten Fällen an infektiöse fieberhafte Krankheiten angeschlossen hat, und es sei anzunehmen, daß die mit solchen fieberhaften Krankheiten einhergehenden Aenderungen der Stoffwechselvorgänge und Blutbeschaffenheit, die bei dem Infektionsprozeß erzeugten bakteriellen Giftstoffe, und vielleicht auch die veränderten Bedingungen der Blutzirkulation Ursache der die Gangrän bedingenden Gefäßerkrankungen sind. Daß in dem einen oder anderen Fall, wo gleichzeitig Syphilis oder Arteriosklerose besteht, diesen eine mitwirkende Ursache zukommt, sei möglich. Es erscheine aber nach den Erfahrungen auf diesem Gebiet ganz unwahrscheinlich, daß Syphilis und Arteriosklerose allein eine derartige Gangrän erzeugen könnten, wenn nicht noch andere abnorme Verhältnisse vorliegen. Daß die bei dem Kläger zur Zeit des Unfalls schon vorhandenen

Leiden, latente Syphilis^{*} und mäßige Arteriosklerose, die Entstehung der Gangrän begünstigt hätten, sei allerdings möglich.
(Zschr. f. ärztl. Fortb. 1914 Nr. 18.)

Pilzerkrankung der Haut infolge des Gebrauches wollener Unterwäsche. Von Sanitätsrat Dr. Isaac, dirigierender Arzt der vorm. Lassar'schen Klinik. Verf. beobachtete einige Fälle von Pityriasis rosea (s. Herpes squamosus, s. Herpes tonsurans maculosus), die auf das Tragen von „Sweatern“ zurückzuführen waren, die den Sommer über gelegen hatten. Solche sollten daher erst nach gründlicher Waschung wieder in Gebrauch genommen werden.
(B. kl. W. 1914 Nr. 47.)

Zur Lehre der plötzlichen Todesfälle. Von Ungar. Bei einem 33 Jahre alten Fräulein, das stets etwas nervös gewesen war, hatten sich seit etwa $\frac{5}{4}$ Jahren Kopfschmerzen eingestellt, die am ehesten dem Clavus hystericus entsprachen. Die Kranke ward dann im Laufe der Zeit psychisch verändert, sie ward empfindlich, reizbar, verstimmt und energielos und äußerte vor allem Angst vor dem Verrücktwerden. Der Schlaf ward sehr gestört, die Eblust sehr vermindert, und die Kranke magerte stark ab. Von Zeit zu Zeit stellten sich nach Angabe der Familienangehörigen „Krisen“ ein, bei denen sich der Kranken eine große motorische Unruhe bemächtigte, konvulsivische Bewegungen, Grimassenschneiden und auch „Schreikrämpfe“ beobachtet wurden. Hierbei soll auch das Bewußtsein gelegentlich getrübt gewesen sein. Nach einer Lumbalpunktion sollte sich ein sehr bedrohlicher Zustand eingestellt haben, über den jedoch etwas Genaueres nicht zu erfahren war. Am 13. März wurde die Kranke in das Hospital aufgenommen. Sie war sehr deprimiert und klagte namentlich über Kopfweh, zeitweise auftretende Nackenschmerzen und Schlaflosigkeit. Die Kranke war anämisch (62% nach Sahli) und schlecht genährt. Hysterische Stigmata waren nicht nachgewiesen, ebensowenig hysterische Lähmungen oder hysterische Kontrakturen. Die Sehnenphänomene waren etwas gesteigert, im übrigen boten die Reflexe nichts Bemerkenswerthes. Unter Darreichung von Brom besserte sich der Zustand der Kranken rasch in auffallender Weise. Sie hatte am 21. März $2\frac{1}{2}$ kg an Gewicht zugenommen, der Schlaf war besser, die Kopfschmerzen bedeutend geringer, die Stimmung auffallend gehobener. Am Nachmittag dieses Tages machte sie einen Spaziergang von über einer Stunde, kehrte munter und froher Laune zurück, wirft sich dann, in ihr Zimmer zurückgekehrt, plötzlich aufs Bett, stöhnt und weint heftig und klagt über außerordentlich große Kopf-

und Nackenschmerzen. Als der Assistenzarzt kurze Zeit darauf in ihr Zimmer tritt, findet er sie schon besser, ja sie lacht und sagt, daß schon wieder alles vorbei sei. Eine Stunde später wiederholt sich die ganze Erscheinung. Beim Erscheinen des Assistenzarztes beruhigt sich die Kranke wieder sofort und erklärt, es sei alles vorbei. Etwa zwei Stunden später wird der Assistenzarzt wieder gerufen; jetzt ist das Bewußtsein der Kranken offenbar gestört, doch reagiert sie auf Anrufen. Sie wirft sich unruhig im Bett hin und her, ab und zu treten klonische Krämpfe an Armen und Beinen auf. Die Kranke wirft die Bettdecken von sich und versucht wiederholt ihre Geschlechtsteile zu entblößen; einmal auch nimmt sie eine Stellung ein, die der des hysterischen Kreisbogens entsprach. Dabei ist die Atmung sehr beschleunigt. Da die Kranke immer unruhiger wird, erhält sie nunmehr eine Injektion von 0,014 Morphinum. Sie wird allmählich ruhiger, und der Assistenzarzt verläßt jetzt das Zimmer. Nach einer Stunde wird er wieder gerufen und findet die Kranke als Leiche. Nach Angabe der Krankenschwester hatte die Respiration plötzlich ausgesetzt. Bei der Obduktion, welche Herr Dr. Prym ausführte, fand sich an der Decke des dritten Ventrikels eine haselnußgroße Zyste in der Nähe der Einmündung des Aquaeductus Sylvii. Dabei bestand ein deutlicher Hydrocephalus internus, aber keine Ependymverdickung und keine Granulierung. Die Zyste hatte einen dickflüssigen, mehr gallertartigen Inhalt mit einem trüben Kern, und die Vermutung spricht dafür, daß es sich um einen abgestorbenen *Cysticercus racemosus* handelte. Ein Hakenkranz war nicht nachgewiesen. Im übrigen fanden sich am Gehirn keine krankhaften Veränderungen, namentlich keine Zeichen von Gehirndruck. — Der Fall beweist, wie vorsichtig man mit der Diagnose Tod im hysterischen Anfall sein muß. Nach dem ganzen Verlauf der Erkrankung konnte man sich wohl für berechtigt halten, die Diagnose Hysterie zu stellen, und so konnte auch Tod im hysterischen Anfall in Frage kommen. Wie in verschiedenen in der Literatur niedergelegten Fällen (s. auch Kolisko: „Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.“ Wien 1913), konnte erst durch die Obduktion ein *Cysticercus* in einem Gehirnventrikel als Todesursache erkannt werden. Die Verlegung des Eingangs zum Aquaeductus sylvii dürfte hier das wiederholte Auftreten der „Krisen“ und schließlich den Exitus letalis bedingt haben.

Besprechung. Herr Leo erinnert an einen von ihm beobachteten und ausführlich beschriebenen (D. m. W. 1893 S. 809) Todesfall bei typischer *Hysteria virilis* ohne sonstige Organveränderungen infolge von Glottiskrampf. — Herr Paul Krause: Ein Unfallkranker, welcher bereits mehreremals begutachtet worden

war mit dem Ergebnis, nach sorgfältiger Beobachtung seitens verschiedener Aerzte, daß er simuliere, wurde erneut vom Reichsversicherungsamt zur Nachuntersuchung und Begutachtung überwiesen. Er gab der Hauptsache nach nur allgemeine Beschwerden an, welche wiederum den Gedanken der Simulation nahelegten. Der Kranke starb plötzlich; bei der Sektion zeigte es sich, daß ein kleiner Krebs der Speiseröhre vorhanden war, welcher dem Kranken keinerlei Beschwerden gemacht hatte, und eine Metastase im Gehirn. Die Diagnose der Simulation war in den früheren Jahren nach eingehender Untersuchung zu Recht bestehend, bei dem letzten Krankenhausaufenthalt, trotz aller dafür sprechenden Anzeichen, zu Unrecht. — Herr Rumpf: Zu dem interessanten Befund möchte ich bemerken, daß vielleicht die Folgen der Lumbalpunktion, welche in stärkeren zerebralen Erscheinungen bestanden, an einen Tumor cerebri denken ließen.

(Niederrh. Gesellsch. f. Natur- und Heilk., Bonn, 11. 5. 1914.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Ueber Sparsamkeit beim Gebrauch der Verbandstoffe. Von Prof. Felix Franke, Braunschweig. „Ich verwende nur Verbandmull, ausnahmsweise einmal Moospappe als Verbandstoff, und zwar eine gute Mittelsorte. Dieser wird in Stücke von etwa 75 cm im Geviert geschnitten, 6fach oder 8fach zusammengelegt, dann zu einem Wickel aufgerollt und nach Sterilisation je nach Lage des zu verbindenden Teils um ein Glied gewickelt oder abgewickelt und dann zusammengelegt auf dem Rumpfe verwandt. Zu Binden benutze ich guten dichten Mull oder Cambricstoff. Beides nun, Binden, die nicht abgeschnitten, sondern beim Verbandwechsel abgewickelt werden, und Mullwickel werden gesammelt und in die schon gebrauchte Lauge der Wäscherei gelegt, in der sie bis zum nächsten Tage liegen. Meist ist dann Eiter und Blut ganz ausgelaugt. Sie werden dann nach Durcharbeitung mit der Maschine (bei weichem) oder mit der Hand (bei hartem Wasser, weil sich sonst die Gerinnsel zu kleinen Klümpchen im Mull zusammenballen) noch einmal in frischer Lauge gewaschen, gespült, getrocknet, sterilisiert und sind dann wieder gebrauchsfertig. Sie sind auf diese Weise 6—10 mal und noch öfter zu verwenden. Daß das eine große Ersparnis bedeutet, zumal da arbeitsfähige Kranke mit dem Glattlegen usw. des Mulls und der Binden beschäftigt werden, liegt auf der Hand. Aber auch mit den Tupfern verfahren wir sparsam. Sie bestehen aus 8fach zusammengelegtem lockerem, d. h. billigem

Mull in der Größe eines Quadrats von 12 bis 15 cm, dessen Kanten umgelegt sind, um das Zurückbleiben von Fasern beim Abtupfen von Wunden zu verhüten. Sie werden nach der Operation und den Verbänden auch gesammelt und wie die obigen Verbandstoffe behandelt. Sie sind nach dieser Behandlung meist etwas kraus und werden nun, in größeren Mengen in Mull eingehüllt, zu Verbandkissen benutzt, die ich in verschiedener Größe und Form, länglich oder quadratisch, zu den Verbänden benutze. Auch sie werden vielfach wieder benutzt. Zur Befestigung der Verbandstoffe verwende ich mit Vorliebe Cambricbinden, weil sie nicht so leicht zusammenschnurren, wie z. B. die Mullbinden am Halse (Kinn), an der Achselhöhle, Leistenbeuge, Weiche bei fetten Frauen, und weil sie, da sie sehr häufig gewaschen werden können, kaum teurer als Mullbinden sind. Ich bemerke noch, daß wir einen Schaden unseres Verfahrens nicht beobachtet haben; insbesondere sind keine Infektionen bei den Wäscherinnen vorgekommen. Ich kann es daher mit gutem Gewissen empfehlen. Daß wir auch sparsam dadurch wirtschaften können, daß wir die früher den Hauptverbandstoff bildende Scharpie wieder benutzen, die, natürlich sterilisiert, einen ausgezeichneten Verbandstoff abgibt, erwähne ich der Vollständigkeit halber und um die neuerliche Empfehlung derselben durch Hohenegg („Die Scharpie als Verbandsmittel“ in „Der Militärarzt“ 1914 Nr. 17) zu unterstützen. (Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 44.)

Sparsame und beschleunigte Wundbehandlung im Kriege.
 Von Prof. Dr. G. Ledderhose (Straßburg). Hauptsächlich mit Baumwolle (Gaze, Watte, Mull- und Cambricbinden) sparen! Gaze im allgemeinen nur in 2—4facher Schicht auf die Wunden legen! Zum Aufsaugen der Sekrete vor allem Zellstoff verwenden, als Deckschicht bei infizierten, reichlich sezernierenden Wunden weiches Pergament- oder Oelpapier, zur Fixation der Verbandstoffe bei kleineren, wenig sezernierenden Wunden Mastisol! Scharpie, gut sterilisiert, läßt sich ohne Gefahr vorzüglich benutzen. Zur Beschleunigung der Wundheilung benutze man, nachdem die Wunden sich gereinigt haben (am besten unter reinem Perubalsam) und die Sekretion nachgelassen hat, Dermatol-Zinkpaste. „Als ein Verfahren zur Abkürzung der Wundheilung und damit indirekt auch zu weitgehender Ersparnis an Verbandstoffen hat sich uns in hervorragendem Maße die Sekundärnaht bewährt. In der Friedenspraxis sind wir ja gewöhnt, größere granulierende Flächen, bei denen die natürlichen Heilkräfte sehr lange Zeit in Anspruch nehmen oder ganz versagen, in ein Stadium überzuführen, wo die eitrige Sekretion sehr gering oder mehr serös geworden ist, und

dann je nach persönlicher Neigung sekundär zu nähen oder mit Transplantationen zu decken. Die letztere, für den Frieden so sehr wertvolle Methode eignet sich für den Krieg weit weniger, weil es zu lange Zeit erfordert, um die Wunde so weit vorzubereiten, daß die überpflanzte Haut einigermaßen sicher haftet. Andererseits liefern uns die Infanteriegeschosse als Querschläger und die Granaten im Vergleich zur Friedenschirurgie eine so unverhältnismäßig hohe Zahl von großen nekrotisierenden Weichteilwunden, daß besondere Verfahren zur Beschleunigung ihrer Heilung dringend angezeigt sind. Am einfachsten geht man so vor, daß man beim Verbandwechsel die Hautränder mit Herffschen Hautklammern vereinigt. Hat es eine geraume Zeit gedauert, bis alles Nekrotische sich abgestoßen hat und die Wunde gut granuliert, so haben sich gewöhnlich ihre Ränder so stark gegen die Unterlage fixiert, daß die Vereinigung nicht ohne weiteres gelingt. Dann pflegen wir die Wunde mit Novokain-Adrenalinlösung zu umspritzen, die Hautränder mit der krummen Schere loszutrennen, 2—3 Fingerbreiten zu unterminieren und durch Nähte zu vereinigen, nachdem die Granulationen mit der krummen Schere oder dem scharfen Löffel abgetragen sind. Noch bestehende stärkere Eiterabsonderung verbietet dieses Vorgehen durchaus nicht, und gerade deshalb ist die Sekundärnaht an Zeitersparnis dem Transplantieren so sehr überlegen. Bereits 10 und 12 Tage nach Granatverletzungen der Wade haben wir handflächengroße Wunden durch die Naht mit Erfolg behandelt. Naturgemäß kann man nicht darauf rechnen, daß solche frühzeitig angelegte Sekundärnähte stets zur Verklebung der Wunde in ganzer Ausdehnung führen. Aber wenn auch einige Nähte durchschneiden, so bleibt doch wenigstens ein Teilerfolg nie aus, indem Abschnitte der Wunde sofort heilen und die beweglich gemachten Hautränder, auch wenn sie sich wieder gelöst haben, durch Hautklammern, nochmalige Naht oder Leukoplaststreifen zur Annäherung oder Vereinigung gebracht werden können. Häufig aber haben wir es erlebt, daß große, stark sezernierende Wundflächen trotz bestehenden Fiebers wider Erwarten durch die Sekundärnaht zur Verklebung in ganzer Ausdehnung gelangten. Eine ganze Reihe von unseren Verwundeten hat es diesem Vorgehen zu danken, daß sie um viele Wochen früher wieder dienstfähig geworden sind.“

(D. m. W. 1914 Nr. 44.)

Verbandstoffe sparen! Von Oberstabsarzt a. D. Dr. Krecke (München).

1. Die erste Pflicht ist Sparsamkeit im allgemeinen. Tatsache ist, daß viele Aerzte, zumal die jüngeren, mit den Verband-

stoffen direkt verschwenderisch umgehen. Dieser Vorwurf trifft zumal die eben von der Universität oder aus den großen Krankenanstalten kommenden Kollegen. Man kann es nur zu oft sehen, daß eine einfache Fingerverletzung oder eine Gesichtswunde mit einem dickgepolsterten Verband von Gaze und Watte bedeckt wird, wo ein kleines Stückchen Mull und ein Heftpflaster vollkommen genügt hätten. Es ist die Pflicht der jungen Kollegen, sich selbst zur Sparsamkeit zu erziehen, und es ist die Aufgabe der älteren, die jungen auf die Grundsätze der Sparsamkeit hinzuweisen. Da, wo ein großer, reichlicher Polsterverband notwendig ist, wie vor allem bei Schußfrakturen, soll er natürlich gemacht werden. Eine einfache Weichteilverletzung kann aber in bester Weise mit einem gewöhnlichen Gazebausch versorgt werden. Es dürfte nicht übertrieben sein, wenn man die auf diese Weise mögliche Einsparung an Verbandstoffen auf $\frac{1}{6}$ des jetzigen Verbrauches berechnet.

2. Es ist möglichst viel von Klebe- und Pflasterverbänden Gebrauch zu machen. Der vorzügliche Mastisolverband ist immer noch viel zu wenig bekannt (s. auch Dreyer, D. m. W. 1914 Nr. 39). In jedem Lazarett und in jeder Feldausrüstung sollten reichliche Mullbäusche vorhanden sein, die einfach mit Hilfe des Mastisols auf die Umgebung der Wunden aufgeklebt werden. Der größte Teil der Weichteilwunden läßt sich damit in bester Weise bedecken. Bindenverbände sind möglichst einzuschränken. Wenn auch im Friedensbetriebe die gewöhnlichen Mullbinden wieder abgewickelt und sterilisiert werden können, so wird das bei dem enormen Kriegsbetrieb kaum möglich sein. An manchen Körperstellen, wie an Bauch und Oberschenkel, ist der Bindenverband besonders ungeeignet, da die Binden sehr leicht sich verschieben und dadurch einen außerordentlich häufigen Verbandwechsel nötig machen. Ein Mastisol- oder Heftpflasterverband ist weit schneller und um die Hälfte oder noch billiger herzustellen.

3. Bei Schußfrakturen, bei denen eine längere eitrige Sekretion besteht, sollen die Schienenverbände möglichst vermieden und durch gefensterter Gipsverbände ersetzt werden. Ein solch gefensterter Gipsverband kann auch bei stark eiternden Wunden 14 Tage oder noch länger liegen bleiben. Abgesehen davon, daß der Patient durch den Verbandwechsel viel weniger belästigt wird, ist die Verbandstoffersparnis eine ganz außerordentliche. In das Fenster braucht man nur das entsprechende gut aufsaugende Verbandmaterial hineinzupressen und hat kaum nötig, es mit einem Verband zu fixieren. Der Verbandwechsel vollzieht sich mit einer außerordentlichen Einfachheit, Sicherheit, Schnelligkeit und Spar-

samkeit. Ein täglich ein- oder mehrmals gewechselter Schienenverband verschlingt ganz außerordentliche Mengen von Verbandstoffen, ganz abgesehen davon, daß er dem Kranken jedesmal die heftigsten Schmerzen bereitet. Falls eine besondere Befestigung der Verbandstoffe in dem Fenster notwendig ist, so kann das in einfachster Weise mit einem Tuch geschehen.

4. Wir müssen uns bemühen, die im eigenen Lande gewinnbaren Verbandstoffe an Stelle der ausländischen zu verwenden. Dahin gehören in erster Linie die Zellstoffpräparate. Fichtenholz haben wir in nicht zu erschöpfender Menge zur Verfügung. Die von der bayerischen Heeresverwaltung gelieferten Zellstoffrollen lassen sich nach Art einer Binde an dem Glied befestigen und verlangen keine weitere Bedeckung mit einer Mullbinde. Auch die durch Verarbeitung des Zellstoffes mit Watte gewonnenen und unter dem Namen Holzwatte, Zellulosewatte gehenden Präparate verdienen größere Berücksichtigung. Der Verfasser verwendet schon seit Jahren ein Gemisch von Zellulose und Watte, das als aufsaugendes Material sich ganz vortrefflich bewährt hat. Auch das in den letzten Jahren außer Gebrauch gekommene Moos sollte mehr Verwendung finden. Zumal für stark eiternde Wunden liefert es ein geradezu ideales Verbandmaterial, das gut sterilisiert werden kann und sich des besonderen Vorteiles der Billigkeit erfreut. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 43.)

Wasserstoffsuperoxyd und seine Präparate in der Wundbehandlung. Von Prof. Dr. Walther, Chefarzt d. Reservelazarets I Gießen. Wasserstoffsuperoxyd ist zur Wundbehandlung vorzüglich geeignet. Es bewirkt spontan durch Schaumbildung eine mechanische Reinigung, indem Gerinnsel, nekrotische Fetzen usw. schonend fortgeschwemmt werden, es wirkt antiseptisch und desodorisierend, ist ungiftig, geruchlos, schmerzlos und reizlos. Zur Anwendung gelangt reines Wasserstoffsuperoxyd oder Ortizon (ca. 30%), das absolut rein und säurefrei ist. (Man stellt Lösungen her: 5 g granuliertes Ortizon in 3 Eßlöffel warmen Wassers, oder 3 Tabletten in 7 Eßlöffel). Glänzende Wirkung entfalteten die Ortizonstifte. Verf. ließ die mechanisch mit der Ortizonlösung gereinigte (wohlgemerkt „abgeschäumte“) Wundfläche mit den Ortizonstäbchen etwas tuschieren und hat gerade durch diese Anwendung bei den schlimmsten, jauchigen Wunden eine geradezu staunenerregende Reinigung der Wunde von der Tiefe heraus beobachtet. Weichteilschüsse, größere Weichteilverletzungen durch Artilleriegeschosse, befinden sich trotz einer anfänglich bestandenen Jauchung jetzt

in vortrefflicher Heilung. Eine geradezu unbeschreibliche, jauchende Weichteilverletzung fast der gesamten Oberschenkelmuskulatur (Granatschuß), mehrere Wadenmuskulaturverletzungen, eine Zerreißung der Schulter- und Oberarmmuskulatur befinden jetzt sich in ausgezeichneter Verheilung. Noch ein Ortizonpräparat muß Verf. in diesem Zusammenhang erwähnen, da es gleichfalls eine geradezu überraschende Wirkung äußerte — die Ortizon-Mundwasserkugeln. Es handelte sich um mehrere Fälle von Mundschüssen; bekanntlich muß man in der Mundhöhle mit Desinfektionsmitteln sehr vorsichtig sein. Die Anwendung dieser wie auch der Ortizonlösung zu Mundspülungen führte zu glatter Verheilung schwerer, mit ulzerierenden Wunden und schwerer Stomatitis einhergehenden Verwundungen. Was Verf. bezüglich des Ortizons, das ihm in größeren Mengen zur Verfügung stand, mitteilte, konnte er in gleicher Weise bezüglich des Perhydrit-Merck beobachten. Bezüglich der Trockenbehandlung der Wunde, die in beginnender Granulation sich befindet, möchte er schließlich noch ein ausgezeichnetes, örtlich reinigend und desinfizierend wirkendes Mittel erwähnen: das Zink-Perhydrol-Merck: Aufstreuen ganz geringer Mengen, Auflegen der sterilen Mulls befördert durch die adstringierende Wirkung des Zinksuperoxyds und diejenige des H_2O_2 die Wundheilung in bestem Maße. Gerade das H_2O_2 in fester Form bewirkt durch die katalytische Wirkung eine intensive Sauerstoffwirkung. Das Zinkperhydrol hat übrigens noch eine, nicht zu unterschätzende anästhesierende und auch hämostatische Wirkung. Es verursacht im Gegensatz zu anderen Antiseptics keine Gerinnung des Gewebseiweißes, ruft eine Ausscheidung von Leukozyten hervor und begünstigt somit die Phagozytose. Uebrigens ist auch dieses absolut reizlos, ungiftig und haltbar. Die gerade hier erreichten Resultate sind sehr gut gewesen. Neuerdings macht Verf. Versuche mit Ortizonpulver, das mit Talkum und Bolus sterilisata zu gleichen Teilen gemischt ist. Die Resultate sind sehr befriedigend. Schließlich möchte Verf. nicht unerwähnt lassen, daß schon das billige offizinelle H_2O_2 , die für Wunden nicht einwandfreie essigsäure Tonerdelösung, da sie nach einigen Tagen sich zersetzen kann, mit Recht verdrängen wird; diese kommt lediglich für Umschläge ohne Wunden in Betracht; sie leistet hier gewiß sehr gute Dienste, während Verf. die mitunter noch in der Kassenpraxis übliche Verwendung bei offenen Wunden nicht wagen möchte.

(M. m. W. 1914 Nr. 44.)

Ortizon-Wundstifte. Von Sanitätsrat Dr. J. Ruhemann (Reservelazarett II Berlin-Tempelhof). Die in 3 Kalibern zur Appli-

kation gelangenden weißen Stäbchen, welche aus reinem Ortizon und geringer Menge Amylum bestehen, schmelzen auf der Wundfläche langsam unter Entwicklung einer Sauerstoffmenge, die, wie die schlagsahnenartige Beschaffenheit des Schaums zeigt, viel konzentrierter ist als die bei der Anwendung der Wasserstoffs-superoxydlösungen entstehenden Gasquantitäten. Danach erscheint die lösende, desinfizierende, desodorierende und blutstillende Wirkung der Ortizonstifte lokal beträchtlicher als die der Wasserstoffs-superoxydlösung. Zugleich liegt in der leichten Transportfähigkeit der Stifte ein Vorzug vor den selbst konzentrierten Wasserstoffs-superoxydlösungen, der gerade für die ärztliche Tätigkeit im Felde belangvoll ist. In gleicher Weise eignet sich das granuliertes Ortizon, das mittels beigegebenen, im Glasstöpsel enthaltenen Meßgefäßes zu Solutionen in bestimmter Konzentration gelöst werden kann, zum bequemen portativen Gebrauch. Das eigentliche Wirkungsfeld für die Ortizonstifte bieten die Fisteln und Wundkanäle, wie sie in dieser Mannigfaltigkeit zu keiner anderen Zeit zur Beobachtung gelangen. Wo auch immer die Fisteln liegen mögen, stets läßt sich die Applikation leicht vornehmen, während in analogen Fällen die Möglichkeit der Durchspülung mit Wasserstoffs-superoxyd fortfällt oder ungemein erschwert ist; man muß ja den Patienten in letzterem Falle umständlich umlagern, muß zum Auffangen der Flüssigkeit Schalen u. dgl. verwenden. Bei der großen Enge und oft bedeutenden Länge der blinden Wundkanäle, wo ein Einspülen von Flüssigkeit in den letzten Recessus kaum gelingt, kann man durch Hinein- und Nachschieben der Stifte die Sauerstoffentwicklung nicht nur in der größten Tiefe, sondern auch mit längerer Wirkung erzielen und kann die Tamponade, die ja nicht schmerzlos ist und das Hineinpressen pathogener Keime in die Tiefe begünstigen kann, in vielen Fällen vermeiden. Man beobachtet, wie aus den entlegensten Partien der Fisteln das Sekret, der Eiter, hinaufsteigt, von selbst über das Niveau der Haut gelangt, wo man die Absonderungen dann abtupfen kann; man sieht, wie aus größeren Höhlenwunden durch alle Ausführungsgänge der Sauerstoffschaum hervordringt, wenn man die Stifte in den großen Defekt einführt; da die Sauerstoffentwicklung so stark ist, daß die Stifte emporgeschoben werden, so empfiehlt es sich, sofort nach ihrer Einführung den Verband anzulegen. Der Erfolg der Fistelbehandlung war durchweg gut; recht überzeugend war die Beobachtung eines Falles von tuberkulösem Ulcus, das, neben der Tonsille gelegen, tief in den Hals eindrang und sich unter der Einführung der Stifte sehr schnell reinigte.

(D. m. W. 1914 Nr. 45.)

Beiträge zur Behandlung von infizierten Schuß-Wunden und zur raschen Ueberhäutung großer Defekte. Von Dr. Bandorf (Aus dem Reservelazarett Wetzlar). „Immer habe ich nun die Beobachtung gemacht, daß der trockene aseptische Verband bei infizierten Wunden zur Retention des Eiters und durch Verklebung mit den Wundrändern zu üppiger Wucherung von Bakterien und Fäulniskeimen führt; ferner daß das Ablösen der Verbände zu einem Abreißen der Granulationen und Epidermis mit geringer Blutung führt. Diese Tatsache muß notwendig eine Verzögerung des Heilungsverlaufes bedingen. Wir müssen vom Verband verlangen, daß er die Wunde vor weiterer Infektion schützt, dieselbe reinigt und sie baldigst durch Verschuß infolge Granulation- und Epidermiswucherung bringt. Diese Forderungen hat mir schon in der Praxis, in der wir es ja auch nur mit infizierten Wunden zu tun haben, der Pellidolsalbenverband am vollkommensten erfüllt. Dazu kommt die Eigenschaft des Pellidols die Epithelisierung anzuregen. Ich bin deshalb gleich von Anfang an vom trockenen aseptischen Verband bei meinen Verletzungen abgegangen und habe die Wunden mit steriler Gaze, die mit Pellidolsalbe bestrichen war, bedeckt. Jetzt, nach ca. 3 Wochen, haben wir im Reservelazarett in Wetzlar bei ungefähr 700 teils schweren, teils leichteren Wunden die Erfolge dieser Behandlung beobachten können und dürfen wir, glaube ich, mit dem Erzielten zufrieden sein. Zunächst noch ein Wort darüber, welche Wunden ich im Auge habe. Ich meine alle kleineren und größeren Weichteilwunden, mit breiter Kontinuitätstrennung der äußeren Haut, mit klaffenden Wundrändern, Muskelzertrümmerungen, wie sie bei Querschlägern und Nahschüssen erfolgen. Diese Wunden halte ich alle für infiziert. Wir behandeln diese Wunden wie folgt: Die Wunden werden mit 2 volumprozentigem Wasserstoffsuperoxyd berieselt, das überschüssige Wasserstoffsuperoxyd mit steriler Gaze abgetupft. Darnach legen wir sterile Gaze, die mit Pellidol messerrückendick bestrichen ist, so in die Wunde, daß die Salbe nach Möglichkeit mit allen Buchten der Wunde in Berührung kommt. Wir verwenden die 2 proz. Salbe: Rp. Pellidol (Azodolen) 2,0, Lanolin. ad 100,0. M. f. ung. Der Verbandwechsel nach 24 Stunden geschieht ohne jede mechanische Reizung, da Verklebung unmöglich ist. Dieser Verband wird täglich erneuert, bis die Wunde gereinigt ist, was meistens in wenigen Tagen erreicht ist. Von jetzt ab ist ein Abwechseln von aseptischem Verband und Salbenverband angezeigt. Gleichzeitig beginnt unter dem Reiz des Pellidols eine rasche Epithelisierung von den Rändern her. Nekrosen, stärkeren Reiz oder andere schädigende Einwirkungen des Pellidols konnten wir nicht beobachten. Ich möchte mich dahin

zusammenfassen: Der Pellidolsalbenverband leistet gute Dienste, denn er leitet die Wundsekrete gut, reinigt die Wunden und führt zu rascher Epithelisierung.“

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 45.)

Pellidolsalbe. Dr. B. Salfeld-Wiesbaden möchte nicht unterlassen, auf ein Ueberhäutungsmittel hinzuweisen, das sich ihm bei der Behandlung größerer Wunden sehr bewährt. Pellidolsalbe, der Ersatz der Biebricher Scharlachrotsalbe, die aber vor letzterer den großen Vorteil bietet, keine so unangenehmen roten Flecken in Verbandstoffen und Wäsche zu hinterlassen. Selbst sehr große Wunden mit ganz geringer Heilungstendenz beginnen nach den ersten Tagen der Pellidolbehandlung schon kleine Epithelinseln zu zeigen, von denen aus dann die Epithelisierung langsam, aber immer noch erheblich schneller wie sonst fortschreitet, so daß der Heilungsprozeß bedeutend abgekürzt wird. Pellidolsalbe hat außerdem den Vorzug großer Billigkeit.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 43.)

Blutstillung. Von Prof. Dr. L. Fraenkel (Breslau), Stabsarzt der Festung-Sanitätskompagnie. Verf. macht auf folgenden Druckverband aufmerksam, der sich ihm sehr bewährte: „Man sticht mit einer Naht vor der Wunde ein und aus, führt den Faden über einen Tampon auf die andere Seite der Wunde, mit der man ebenso verfährt; dann knotet man über dem Tampon. So beherrscht man jede Blutung nach außen und bis zu einer gewissen Tiefe. Diese Naht darf natürlich mit der streng verpönten Nahtverschließung eines Wundkanales nicht verwechselt werden; im Gegenteil, es werden die Hautwundränder eher auseinander als zusammengezogen. Allerdings wird die Wundsekretion bis zu einem gewissen Grade gehindert, aber nur für kurze Zeit, denn man entfernt selbstverständlich die Naht baldmöglichst. Doch handelt es sich auch nicht um die Tamponade des Wundkanales, sondern um die der Oberfläche. Damit wird Blut, Verbandmaterial und Arbeitskraft gespart, bis der Patient in einem stabilen Lazarett definitiv versorgt werden kann.“ (D. m. W. 1914 Nr. 45.)

Grotan und Festalkol zur Händedesinfektion. Dazu schreibt O. Prym in Bonn. „Für die häufigen Fälle, wo zum Abspülen und Abtrocknen der Hände nach der Desinfektion mit Seifenspiritus oder mit Festalkol steriles Wasser und auch ein steriles Waschbecken zur Aufnahme des sterilen Wassers und sterile Tücher nicht zur Verfügung stehen, hat sich mir seit Jahren in Poliklinik

und Klinik das folgende Verfahren bewährt: Ehe man anfängt sich zu waschen, legt man in die in einem reinen, nichtsterilen Waschbecken befindliche Sublimatlösung, die ich dazu bisher benutzte, oder in die empfohlene Grotanlösung zwei große Bäusche entfetteter Watte. Die Watte braucht nicht steril zu sein, da etwa in ihr vorhandene Keime während der Zeit, in der man sich die Hände mit dem Seifenalkohol wäscht, abgetötet werden. Ist die Seifenalkoholwaschung beendet, greift man vorsichtig, d. h. so, daß möglichst wenig Seife in die Sublimat- oder Grotanlösung gelangt, einen Wattebausch heraus und läßt die von ihm abtriefende Flüssigkeit außerhalb des Waschbeckens, also so, daß sie nicht in das Waschbecken zurückläuft, über die Hände laufen und wischt unter allmählichem Ausdrücken des Wattebauschs die Seife möglichst von den Händen ab und legt den benutzten Wattebausch fort. Dann geht man mit den Händen in den Rest der Sublimat- oder Grotanlösung, spült die Hände darin nochmals ab, oder bürstet sie nach Süpfles Vorschlag mit dem Desinfiziens, ergreift den zweiten Wattebausch, drückt ihn, jetzt über der Waschschiüssel, sehr fest aus und wischt mit ihm die Hände trocken. Der Vorteil dieser Methode ist, daß man ohne steriles Wasser, ohne steriles Waschbecken, ohne steriles Handtuch durchaus sicher geht und nur $\frac{1}{2}$ l desinfizierende Flüssigkeit gebraucht.“ -

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 44.)

Zur Behandlung des Wundstarrkrampfs. Von Dr. Albert Angerer (Aus dem Reservelazarett Ingolstadt). „Nach einigen mehr tastenden Versuchen haben wir uns für die weiteren Fälle auf folgende Art der Behandlung festgelegt und damit Erfolge gehabt. Nach Feststellung der Initialsymptome wurden sofort 100 Tetanus-A.-E. subkutan und gleichzeitig 100 A.-E. intralumbal oder intravenös verabreicht. Wir wiederholen die Injektion innerhalb 12—24 Stunden, und zwar geben wir sie in der Folge intravenös. Dies wird solange fortgesetzt, bis ein deutlicher Rückgang der Erscheinungen erkennbar ist. Auf diese Weise wurden von 300—1600 A. E. gegeben. Nicht minder großer Wert wurde aber auch auf die rein symptomatische Behandlung im Verein mit der Serumtherapie gelegt. Zu diesem Zwecke haben wir uns ausschließlich des Chloralhydrats bedient und scheuen uns nicht vor der Verabreichung ziemlich hoher Dosen. Sie wurden gut vertragen: in keinem Falle konnte eine schädigende Wirkung festgestellt werden. Im Gegenteil, die Patienten wurden beständig in einer Art Dämmer Schlaf erhalten, waren infolgedessen gegen äußere Reize ziemlich unempfindlich, dadurch wieder weniger der Häufig-

keit der Krampfanfälle und einer zunehmenden Erschöpfung ausgesetzt. Chlorhydrat wurde im allgemeinen zweimal täglich zu je 5 g per klysma verabreicht. Alexander gibt auf einmal 10 g ohne weitere Verabreichung für einen Tag. Daneben wurde noch 1—2 mal 0,01 Morphinum gegeben. Diese Kombination der Serumtherapie mit der symptomatischen Behandlung hat gute Erfolge gezeitigt. Wir sehen natürlich ab, jene von Natur aus leichteren Fälle mit längerer Inkubation als Beweis heranzuziehen. Aber nachdem es gelungen ist, Tetanuserkrankungen mit einer Inkubation von 7—9 Tagen auf diese Art zu heilen, möchten wir nicht versäumen, diese Erfahrung zur Kenntnis zu bringen.“

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 45.)

Zur Anwendung des Tetanuserums. Von E. v. Behring.
„Zur Präventivbehandlung genügt im allgemeinen die subkutane Injektion von 20 Antitoxin-Einheiten (A. E.), die jedoch beim Fortbestehen der Wundinfektion wiederholt und mit einer antitoxischen Lokalbehandlung der Infektionsstelle, wo das angängig ist, kombiniert werden soll. Was die Behandlung des schon zum Ausbruch gelangten Tetanus angeht, so ist die frühzeitige Seruminjektion von mindestens 100 A. E. ein sowohl theoretisch wie praktisch hinreichend begründete Forderung. Diese kurative Seruminjektion kann subkutan, in dringlichen Fällen aber soll sie intravenös gemacht werden, und zwar in allen Fällen, auch dann, wenn daneben eine anderweitige Applikationsweise indiziert erscheint; bei protahiertem Verlauf des Tetanus ist die Injektion subkutan zu wiederholen. Wo irgendmöglich, soll daneben der Infektionsherd lokal behandelt werden, wodurch durchschnittlich 20 A. E. genügen. Auch die antiseptische Wundbehandlung des Infektionsherdes, insbesondere mit Jodpräparaten (Jodoform, Jodtrichlorid), soll nicht unterlassen werden. Wo sich das mit den allgemein-chirurgischen Erwägungen verträgt, sind die infizierenden Fremdkörper und nekrotisches Gewebe zu entfernen. Ganz besondere Aufmerksamkeit verdient dann ferner die neurale Behandlung, welche in der Weise auszuführen ist, daß das Tetanusheilserum in die von der Infektionsstelle zum Rückenmark führenden Nervenstämmen, nach vorausgegangener Freilegung derselben, eingespritzt wird. Die vielfach empfohlene lumbale Injektion und die Injektion in Arterien (Carotis) sind experimentell nicht hinreichend begründet und bieten nach den mir von klinischer Seite zugegangenen Mitteilungen keine unzweideutigen Vorteile vor der technisch leichter auszuführenden intravenösen Injektion.“

(D. m. W. 1914 Nr. 46.)

Therapeutisches.

Bericht über 31 Tetanusfälle nach Kriegsverletzungen, einheitlich intraspinal und intravenös mit Serum behandelt. Von Prof. Dr. Kreuter. (Aus dem Reservelazarett und den Lazarettabteilungen der Universitätskliniken in Erlangen.) Aus den Zahlen ergibt sich, daß es in 31 Fällen von Tetanus durch intraspinale und intravenöse Seruminjektionen unter Verwendung großer Dosen gelungen ist, die Sterblichkeitsziffer ganz erheblich zu drücken. Die Gesamtmortalität, welche ohne Serum 78,9%, mit Serum 57,7 bis 62,1% beträgt, ist auf 35,5% gesunken; die Sterblichkeit bis zu 10 Tagen Inkubation von 78,9% auf 64,3%, bei mehr als 10 Tagen Inkubation von 37% auf 12,2% gefallen; innerhalb der ersten Woche betrug sie nur 60%, jenseits derselben 30,8%.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 46.)

Einige Ratschläge für die Behandlung des Wundstarrkrampfes. Von Prof. Dr. Ed. Müller (Marburg). „Als bestes Heil- und Linderungsmittel betrachte ich namentlich in leichteren und mittelschweren Fällen die heißen Bäder. Wir verordnen täglich durchschnittlich zwei, beginnen mit 36° C und steigen durch Zulauf heißen Wassers bis 41 ja 42°. Die Dauer des Bades bemessen wir auf etwa 20 bis höchstens 30 Minuten. Die meisten Kranken verspüren in diesen Bädern eine außerordentliche Erleichterung. Man kann das Nachlassen des Trismus in den heißen Bädern geradezu messen. Diese Gelegenheit der verbesserten Mundöffnung muß man zur Ernährung des Kranken sowie zur Darreichung etwaiger Arzneimittel benutzen. Es ist merkwürdig, wie wenig diese altbewährte Wirkung heißer Bäder den Kollegen bekannt ist. Gute Badetechnik erfordert gerade bei Tetanus geübtes Personal. Etwaige Extremitätenverbände werden im Bade durch wasserdichte Stoffe abgedichtet. Als Arzneimittel hat sich mir bisher am besten das Luminal bewährt. Bei stärkerem Trismus und bei Schluckbeschwerden macht man subkutane Einspritzungen von Luminalnatrium. Dieses leichter lösliche Luminalnatrium kommt in sterilisierten Fläschchen in den Handel, die 1 g des Präparates enthalten und vor dem Gebrauch einfach mit destilliertem Wasser aufgefüllt werden. Da die Fläschchen 5 ccm Fassungsraum haben, erhält man so eine ungefähr 20%ige Lösung, die man vor der Einspritzung filtrieren soll. 2 ccm dieser Lösung enthalten dann ungefähr 0,4 g Luminalnatrium. Gewöhnlich geben wir abends 0,4 g Luminalnatrium sowie vor- und nachmittags je 0,2 g. Die krampfmildernde, schmerzstillende und schlafbringende Wirkung des Luminals kommt beim Wundstarrkrampf gut zur Geltung.“

(Ebenda.)

Zur Behandlung des Tetanus. Von Dr. Rothfuchs. (Aus dem Reservelazarett V Hamburg und Hafenkrankenhaus.) „Alle Kollegen, die meine Patienten angesehen und mitbeobachtet haben, haben den Eindruck gehabt, daß das Salvarsan den Tetanus günstig beeinflusse, seinen akuten Verlauf in eine leichtere, langsamer verlaufende Form überführe. Es ist nicht ausgeschlossen, daß das Salvarsan allein eine gleiche Wirkung entfaltet wie das Antitoxin. Das muß zunächst an Tierversuchen nachgewiesen werden. Ich bin der Ueberzeugung, daß die kombinierte Behandlung (Antitoxin + Salvarsan) am meisten leistet, und möchte daher empfehlen, sofort nach Ausbruch des Tetanus mit Antitoxin zu beginnen und am 2., vielleicht den 3. Tag Salvarsan zu geben. Zwei Injektionen genügen im allgemeinen.“ (Ebenda.)

Zur Behandlung des Tetanus. Von Karl Alexander. (Aus dem Reservelazarett Ingolstadt II.) „Sobald ein Patient mit den ersten Zeichen der Tetanuserkrankung (Trismus, Halsweh, Rückenschmerzen) zur Beobachtung gelangt, werden ihm

am 1. Tage: 100 A.-E. intravenös und abends 10 g Chloralhydrat in 250 g Wasser per Klysma gegeben,

am 2. Tage: 100 A.-E. intradural, abends 10 g Chloralhydrat,

am 3. Tage: 100 A.-E. subkutan, abends 10 g Chloralhydrat.

Wesentlich bei unserer Behandlung ist demnach neben den Gaben von Antitoxin die Verabreichung einer einmaligen hohen Dose von Chloralhydrat am Tage per Klysma. Hierauf legen wir ganz besonderes Gewicht. Die oben erwähnte Behandlung wiederholt sich in gleicher Weise, bis keine Erscheinungen mehr nachzuweisen sind; jedoch wird mit der intraduralen Injektion und der Verabreichung des Chloralhydrats ausgesetzt, sobald keine Krämpfe mehr bestehen, wenn auch noch Trismus vorhanden ist. Es werden dann nur noch abwechselnd 100 A.-E. intravenös oder subkutan gegeben. Bei sehr schweren Fällen, in denen die Gefahr einer neuen Intoxikation von der Wunde aus besteht, werden in den ersten Tagen neben den 100 A.-E. weitere 100 A.-E. pro die intravenös oder subkutan verabfolgt. Außerdem wird die Wunde mit flüssigem Serum tamponiert oder mit Trockenserum behandelt. Dies wurde auf Grund der Anschauung getan, daß so vielleicht das neu von den Bakterien gebildete Gift am Orte selbst gebunden und entgiftet werden könnte.“ (Ebenda.)

Bei der Behandlung des Erysipels macht Prof. Dr. Jochmann (Virchow-Krankenhaus Berlin) gern Gebrauch von kühlenden Umschlägen von essigsaurer Tonerde oder Borwasser, die sehr

angenehm empfunden werden (wie auch Salbeneinwicklungen mit Borvaseline). Heftpflasterstreifenbehandlung und die elastische Stauungsbinde leisten bisweilen recht Gutes beim Erysipel der Extremitäten. Verf. fährt dann fort: „Auf eine andere Art hat Ritter neuerdings die Hyperämie zur Behandlung des Erysipels herangezogen. Er behandelt es mit heißer Luft. Bei den Gliedmaßen wurden die Bierschen Kästen angewendet und für das Gesicht ein Schornstein, der die heiße Luft einer Spirituslampe fortleitet. Er wurde soweit vom Gesicht entfernt aufgestellt, daß der heiße Luftstrom noch eben erträglich empfunden wurde. Dabei wurden die Augen, wenn sie nicht geschwollen waren, besonders geschützt. Auf diese Weise wurde 2—3 mal am Tage $\frac{1}{2}$ —1 Stunde geheizt. Ich habe auf Grund der Ritterschen Empfehlung auch die Behandlung mit heißer Luft an etwa 100 Fällen angewendet. Für das Gesicht benutze ich den bekannten elektrischen Fönapparat, der in sehr bequemer Weise die Zuführung heißer Luft gestattet. Die Resultate waren nicht ungünstig. Die Behandlung des Erysipels mit Antistreptokokkenserum hat bisher nicht zu allgemein anerkannten Erfolgen geführt. Ich habe bei schweren Wandererysipelen und bei hochfiebernden Fällen, die einen septischen Eindruck machten, in letzter Zeit das Höchster Serum nach Meyer und Ruppel verwendet und dabei vereinzelte günstige Resultate erzielt, die ich auf Rechnung des Serums setzen zu müssen glaube. Das genannte Serum hat den Vorzug, daß es im Tierversuch austariert werden kann und aus menschenpathogenen Streptokokken hergestellt ist. Ich habe es in Dosen von 50 ccm subkutan gegeben und diese Dosen 1—2—4 mal an jedem 2. Tage wiederholt. Dabei schien mir weniger die Einwirkung auf den Lokalprozeß von Bedeutung zu sein als vielmehr die Beeinflussung des Allgemeinbefindens; die Störungen des Sensoriums und der Puls besserten sich. Es schienen also hauptsächlich die toxischen Symptome günstig beeinflußt zu werden. Bei allen den Fällen, wo es lediglich darauf ankommt, den Lokalprozeß zu beeinflussen, ist also vom Serum kein Nutzen zu erwarten; dort aber, wo schwerere Störungen des Sensoriums, schlechter Puls usw. auf toxische Einflüsse schließen lassen, ist ein Versuch mit der Serumtherapie, am besten mit Höchster Serum, angebracht. Besonders angezeigt ist ein solcher Versuch auch beim Schleimhauterysipel und bei Fällen, die einen septischen Eindruck machen. Symptomatische Therapie: Bei Herzstörungen, Unregelmäßigkeiten oder Weichheit des Pulses geben wir Digalen (Cloetta) in Dosen von 3 mal 15 Tropfen täglich, mehrere Tage hintereinander, oder Coffeinum natrio-benzoicum (0,2) 2—3 mal täglich oder in 20% iger Lösung

subkutan. Bei Kollapsen ist Kampfer, Aether u. dgl. am Platze. Auch das Suprarenin, in 1‰ iger Lösung (2—3 mal 1 ccm) intramuskulär injiziert, brachte uns bisweilen bei schweren Kollapsen gute Erfolge. Gegen die Kopfschmerzen wird eine Eisblase verordnet. Sind die Schmerzen sehr heftig, so kann gelegentlich Pyramidon 0,3 oder Antipyrin 0,5 gegeben werden. Phlegmonöse Prozesse, die sich mit Erysipel kombinieren, erfordern natürlich chirurgische Behandlung. Bei großen Hautdefekten, wie sie nach ausgedehnten Nekrosen zurückbleiben, empfiehlt sich die Scharlachrotsalbe, mit der man oft noch erstaunlich große Flächen zur Ueberhäutung bringt. (Scharlachrot (Agfa) 8,0, Ol. oliv. qu. s., Vaseline flav. ad 100,0.) Bei hohem Fieber und Störungen des Sensoriums ist die Wasserbehandlung sehr zu empfehlen. Man kann sie entweder in Form kühler Bäder, ähnlich wie beim Typhus, anwenden, oder in Form lauwarmer Bäder mit kühlen Uebergießungen. (D. m. W. 1914 Nr. 47.)

b) Innere Krankheiten.

Behandlung der Durchfälle im Felde. Von Dr. E. Fuld (Berlin). Verf. empfiehlt seine in der Friedenspraxis bewährte Behandlung mit Cocain (in Form der Gelonida neurenterica, Firma Goedecke & Co., Berlin) auch für die nicht infektiösen Durchfälle im Felde. (B. Kl. W. 1914 Nr. 46.)

— Auch Med.-Rat Dr. Steiner (Berlin) hat mit dieser Behandlung sehr günstige Erfolge erzielt. Jede Tablette enthält (neben Natr. bic. und Menthol) 0,005 Cocain (3 Tabletten 10 Tropfen einer 3‰ igen Cocainlösung). Sie werden 10 Minuten vor der Mahlzeit in Wasser gereicht. (Allgem. m. Zztg. 1914 Nr. 46.)

Sennatin, ein neues subkutanes und intramuskuläres Abführmittel. Von Dr. H. Drews. (Aus dem Geburtshilflichen Krankenhause der Stadt Charlottenburg.) Sennatin stellt eine dunkle, klare, haltbare und sterile Flüssigkeit dar von so dünnflüssiger Form, daß sich die subkutane und intramuskuläre Anwendung bequem und harmlos gestaltet. Zudem ist Sennatin gänzlich ungiftig. Ein nicht gering zu veranschlagender Faktor ist auch der geringe Preis des Mittels. Sennatin wird in Flaschen von reichlich 10 g Inhalt für 4—5 Injektionen zum Preise von nur 1 M. in den Handel gebracht. Es ist also das billigste der augenblicklich existierenden subkutanen Abführmittel, da eine Injektion nur etwa 25 Pf. kostet. Demgegenüber beträgt der Preis einer Injektion Hormonal 8 Mk. Credé hat das Mittel in fast 300 Fällen

von Verstopfung jeglicher Art, von Darmlähmung und Meteorismus mit sehr gutem Erfolge angewendet. Er gab es bei Kindern vom zweiten Lebensjahre bis ins Greisenalter, und zwar beträgt nach Cr  d   die Normaldosis für Erwachsene 2 g, eine Erfahrung, die Verf. an seinem Material nur bestätigen konnte. Ueber diese Dosis braucht selten hinausgegangen zu werden. Allerdings kann man sie bei nicht genügender Wirkung ruhig nach einigen Stunden wiederholen. An der Charlottenburger Klinik hat Verf. nun das Sennatin angewandt prophylaktisch nach jeder Laparotomie. Gewöhnlich am Abend des Operationstages injizierte er 2 g Sennatin intramuskulär ins Gesäß oder in den Oberschenkel. In den meisten Fällen setzten die peristaltischen Bewegungen 3—6 Stunden nach der Injektion ein, denen der Abgang von Blähungen bald folgte. Bisweilen war man genötigt, zur Unterstützung des Abganges noch ein Darmrohr einzulegen. Im Laufe des ersten Tages post operationem erfolgte meistens ein gelinder Stuhlgang; war er nicht genügend, so erhielten die Patienten noch eine Injektion von 2 g. Nur in ganz vereinzelten Fällen war man genötigt, durch eine Glyzerinspritze dem Stuhlgang etwas nachzuhelfen. Die Hauptarbeit aber, die Anregung der Peristaltik, hatte das Sennatin schon besorgt. Die schweren Erscheinungen einer Darmparalyse oder auch nur die Anfänge einer solchen hat Verf. bei prophylaktischer Injektion nie gesehen, selbst nicht nach größeren, länger als zwei Stunden dauernden gynäkologischen Operationen. Ist nun aber einmal die Darmtätigkeit durch Sennatin in Gang gebracht, so hat Verf. die Beobachtung gemacht, daß diese trotz längerer Bettruhe der Patienten geregelt blieb, so daß man selten noch zu einem anderen Abführmittel seine Zuflucht zu nehmen braucht. Als Injektionsart bevorzugt Verf. die intramuskuläre wegen der schnelleren Resorption des Mittels. Infiltrate an der Injektionsstelle sind nicht bemerkt worden.

(D. m. W. 1914 Nr. 10.)

Ueber Istizin, ein neues Abführmittel. Von Dr. P. Fischer (St. Gallen.) Verf. beobachtete ca. 6—10 Stunden nach Einnahme von 1—1   /   Tabletten eine braun-orange Färbung des Harns in dünner Schicht, aber dunkelbraunrot bis fast schwarze Färbung in dicker Schicht. Diese Verfärbung bestand nun oft während 2—4 Tagen und bewirkte bei nicht darauf vorbereiteten Patienten nicht geringe Sorge wegen „Blutharnen“. Daß aber weder Hämoglobinurie noch Hämaturie vorliegt, läßt sich leicht auf folgende Art nachweisen. Man f  hrt die Hellersche Blutprobe aus, welche allerdings deutlich „positives“ Resultat ergibt. S  uert man nun leicht an, so erfolgt eine vollständige Lösung des rötlich-violetten

Niederschlags, gleichzeitig mit starker Gelbfärbung des Harns, während bei Vorhandensein von Blut bzw. Blutfarbstoff der Harn sich braun färbt und häufig noch etwas Sediment bestehen bleibt. Um noch kurz die therapeutische Seite zu erwähnen, so war zu konstatieren, daß 1—1 $\frac{1}{2}$ Tabletten Istizin weder auf Magen noch auf Niere eine unangenehme Reizwirkung ausübten. Wenn das Mittel am Abend eingenommen wird, so erfolgt am nächsten Morgen, in der Regel ohne irgendwelche Kolikbeschwerden, ein weicher, aber nicht diarrhöischer Stuhl. Häufig erstreckt sich die Wirksamkeit des Istizins auch noch auf den zweiten bzw. dritten Tag. Auch bei veralteter, atonischer Obstipation, wo die meisten andern Mittel schon versagt hatten, war Istizin fast stets noch erfolgreich. Einige Male wurde am Tage nach der Einnahme des Präparates ein Gefühl von leichter Mattigkeit angegeben, andere Nebeneinwirkungen wurden nicht beobachtet. Die meisten bei anderen Abführmitteln nach stattgefundener Wirkung entstehende, stärkere Obstipation trat bei Istizin nicht ein.

(Korr. Bl. f. Schweiz. Aerzte 1914 Nr. 5.)

Ueber ein neuartiges Herzmittel, das Cymarin. Von Dr. Wiesel (aus dem Sanatorium Ilmenau). Seine Beobachtungen kann Verf. dahin zusammenfassen, daß er bei muskulärer Herzinsuffizienz deutliche und energische Wirkung gleich derjenigen der Digitalis eintreten sah, obschon die Beeinflussung eine schneller vorübergehende war. Diesem scheinbaren Nachteil steht jedoch der Vorteil gegenüber, daß die Wirkung bedeutend rascher eintritt, sowie daß bisher wenigstens kein kumulativer Effekt sich geltend zu machen scheint. Dadurch kennzeichnet sich das Cymarin als ein treffliches Ersatzmittel für solche Fälle, in denen Digitalis und ihre Präparate nicht entbehrt werden können, jedoch wegen sich einstellender oder eingetretener toxischer Erscheinungen von weiterer Darreichung abgesehen werden muß. Auffallend war vor allem die ausnehmend günstige Beeinflussung von hochgradigster Zyanose und Dyspnoe in einem Fall von Myokarditis infolge Adipositas universalis. Bereits nach 10 Minuten war der Erfolg eingetreten und hat Verf. hier den Eindruck gewonnen, daß die intramuskuläre Injektion von Cymarin 0,001 g lebensrettend gewirkt hat. Die Kranke befand sich in einem derartig bedrohlichen Zustande, daß eine intravenöse Einspritzung wegen der gebotenen Eile gar nicht in Frage kommen konnte; gleichwohl war der Erfolg ein genügend rasch eintretender und nachhaltiger. Am glänzendsten jedoch hat sich das Mittel bewährt bei einer Kranken mit Schwangerschaftsnieren und darauffolgender Urämie. Verf. sah die Patientin ge-

legentlich eines Konsiliums mit einem benachbarten Kollegen. Die Patientin bekam nach vorheriger Besprechung 0,001 g intramuskulär, da Verf. bei dieser Applikation niemals Klagen über irgendwelche Beschwerden zu hören bekommen habe. Wie er später durch die Angehörigen erfahren hat, hat sich ein schneller und nachhaltiger Erfolg auf die Diurese bald geltend gemacht, so daß die am Morgen völlig apathische und verwirrte, beständig erbrechende Kranke sich bereits nach einigen Stunden besser fühlte und inzwischen wieder quoad sanationem völlig genas. Interessant ist an diesem Falle, daß am darauffolgenden Tage durch die Pflegeschwester nochmals je 0,001 g Cymarin morgens und abends mit hervorragendem Erfolg und ohne die geringsten Störungen intramuskulär verabreicht wurden. Auch intern hat Verf. Cymarin in Form der Tabletten gegeben, und zwar in 2 Fällen, bei denen infolge jahrelanger Digitalismedikation diese wenig Erfolg zeigte und auch schlecht vertragen wurde. Es gelang so, 5—6 Wochen die Digitalis auszuschalten, die dann hinterher wieder bedeutend besser wirkte. Wir besitzen somit im Cymarin ein stark und rasch wirkendes Ergänzungsmittel der Digitalis, dessen Verwendung auch dann angezeigt ist, wenn Digitalis versagt hat. Vor allem dürften muskuläre Herzinsuffizienzen mit ihren rasch einsetzenden Kollapsfällen, Myokarditis (auch mit begleitender Arteriosklerose) Vitia cordis und Nephritiden mit urämischen Zuständen das Anwendungsgebiet des Mittels bilden. Vielleicht ist auch gelegentlich ein Versuch mit dem Mittel bei Eklampsie angezeigt. Verf. würde nach seinen bisherigen Erfahrungen keine Bedenken tragen, einen solchen Versuch bei einem in Behandlung kommenden Falle von Eklampsie zu unternehmen. (M. m. W. 1914 Nr. 14.)

Beitrag zur Kupferbehandlung der Lungentuberkulose. Von Dr. C. Moewes und K. Jauer. Versuche an 25 Patienten mit Injektionen (intramuskulären und intravenösen) von Lecutyllösung fielen so negativ aus, daß weitere Versuche unterblieben. (Die Versuche fanden im Kreiskrankenhaus Berlin-Lichterfelde statt.) (M. m. W. 1914 Nr. 26.)

Rasche Heilung der genuinen Neuralgie durch ein neues Antineuralgicum. Von Dr. Heinrich Epstein in Prag. Aus seinen 48 Fällen kann Verf. folgendes Resümee zusammenstellen:
1. Roob Sambuc¹⁾ ist ein Spezifikum gegen genuine Neuralgie. Frische Fälle werden in 10—12 Minuten dauernd geheilt. Ältere

¹⁾ In der Pharmac. austr. officinell.

Fälle müssen die Gabe durch 3—5 Tage täglich einmal nehmen, und zwar stets 20—30 g in einer 20 % igen Alkohollösung. Die angenehmste Form war eine Lösung in einem stärkeren spanischen Wein; ohne Alkohol gereicht, tritt Heilung erst nach 5—7 Tagen ein.

2. Tritt keine Besserung ein, dann ist die Form keine genuine.

3. Verschlimmert sich aber der Schmerz (auch ohne Alkohol gereicht), dann liegt bestimmt eine Neuritis vor.

(Prag. m. Wschr. 1914 Nr. 8.)

Eine neue Methode der Emulsionbereitung für die Behandlung der Magendarmaffektionen der Kinder. Von M. J. Breitmann (St. Petersburg). Es ist wohl bekannt, daß eine Mandelsamenemulsion (Mandelmilch) beständiger als eine Mandelöl-emulsion ist. Daher hat Verf. sich entschlossen, bei der Bereitung einer Mandelöl- oder Provenzerölemulsion anstatt Wasser als Vehikulum Mandelmilch, d. h. eine echte Oelemulsion, anzuwenden. Nach seiner Formel werden zwei Emulsionen wie folgt bereitet:

Mandelöl	10 %
Gummi arabicum	5 %
Mandelmilch	85 %

oder

Frisches Olivenöl	10 %
Gummi arabicum	5 %
Mandelmilch	85 %

Verf. verschreibt diese Emulsionen in folgender Weise:

Rp. Emulsionis olei Amygdalarum

(oder einfach:

Emulsionis oleosae) e 10,0
cum Emulsione Seminum Amygdalarum dulc. ad 100,0 paratae

bezw.

Rp. Emulsionis olei provincialis e 10,0
cum Emulsione Seminum Amygdalarum dulc. ad 100,0 paratae.

Seit vielen Jahren wendet Verf. nur diese Emulsionen anstatt der üblichen an und kann bestätigen, daß sie ohne Ausnahme besser vertragen werden und schneller wirken sowie auch viel beständiger sind als einfache Emulsionen. Sie können per se sowie auch in jeder Kombination, welche für gewöhnliche Emulsionen üblich ist, zum Gebrauch gelangen mit dem Vorzug, daß im letzten Fall die zugesetzte Substanz in einer feineren Zerteilung eingenommen wird und die therapeutische Wirkung daher viel gleichmäßiger stattfindet. Die einhüllende Wirkung dieser Emulsionen ist auch größer als bei der Anwendung der üblichen Formen.

(Ther. Mh. 1914 Nr. 3.)

Zu der Zersetzlichkeit von Emulsionen. Von Geh. Sanitätsrat Dr. Eduard Apolant (Berlin). Verf. bemerkt, daß er schon seit längerer Zeit eine geringe Quantität Acid salicyl. zusetzen läßt, und zwar 0,2 auf 150 g. Es wird dadurch bewirkt, daß jede Emulsion sich, auch im Sommer, mindestens 8 Tage ohne Zersetzung hält. Dabei hat die geringe Quantität Acid. salicyl. keinen Einfluß auf die Medizinwirkung und dürfte auch bei der kurzen Zeit des Gebrauches solcher Emulsion ohne Schaden für jeden Magen sein. (Ther Mh. 1914 Nr. 5.)

Ueber Behandlung der Appendicitis mit Ichthalbin. Von Dr. G. Beldau in Riga. Bei akuter Appendicitis verabfolgt man das Ichthalbin viermal täglich je eine tüchtige Tischmesserspitze unmittelbar vor den Mahlzeiten mit sechs Tropfen verdünnter Salzsäure in $\frac{1}{4}$ Glas Wasser. Nach Abflauen des akuten Anfalls läßt man es dreimal täglich ca. 6—8 Wochen, eventuell noch länger, weiter brauchen. Im Anfalle selbst ist es vorteilhaft, die Bauchdecke über dem schmerzhaften Bezirke zwei- bis dreimal täglich mit Ichthyol, Spirit. aether., Collod. elast. ää part. aequal. ausgedehnt zu bepinseln. Darüber kommt Eisblase bzw. warme Kompresse, je nach dem subjektiven Empfinden des Kranken. Da durch Lähmung der Peristaltik das Heranrücken des Ichthalbins an den Krankheitsherd Einbuße erleiden würde, so meidet Verf. prinzipiell Opiate, solange der Schmerz erträglich ist. In der Mehrzahl der Fälle erweist sich das Ichthalbin selbst als schmerzlindernd. Obwohl es Verf. ferne liegt, die Vorteile einer operativen Behandlung der Appendicitis zu verkennen, so möchte er doch die Ichthalbinbehandlung angelegentlichst zur Nachprüfung empfehlen. Kommt es doch häufig genug vor, daß eine Operation aus irgendwelchen Gründen nicht ausführbar ist oder der Kranke mit einer solchen sich nicht einverstanden erklärt. Besonders überzeugende Resultate ergibt die Ichthalbinbehandlung bei den periodisch rezidivierenden Formen, bei welchen auch in der anfallsfreien Zeit geringe subjektive Beschwerden bestehen bleiben. Daß ebensowohl diese Beschwerden als auch akute Exacerbationen mit dem Beginne der Ichthalbinbehandlung in der Regel ausbleiben, kann wohl unmöglich dem blinden Zufall allein zugeschrieben werden. Es liegt nichts näher, als die Erklärung dafür in der bakteriziden und antiphlogistischen Wirkung des Ichthyols in statu nascendi zu suchen. Im übrigen ist das Ichthalbin ein harmloses Präparat. Auch in größeren als den oben empfohlenen Dosen erzeugt es keine unerwünschten Nebenerscheinungen. Nur in ganz vereinzelt Fällen scheint Idiosynkrasie gegen das Mittel zu bestehen. Dabei beob-

achtet man Uebelkeit nach dem Einnehmen, Oppressionsgefühl und höchst unangenehmes Aufstoßen mit Ichthyolgeschmack, Symptome, welche auf eine vorzeitige Spaltung des Mittels im Magen zurückzuführen sind.
(M. Kl. 1914 Nr. 15.)

Erfahrungen mit dem kolloidalen Trikalziumphosphat-eiweiß „Tricalcol“. Von v. O. y. (Aus der inneren Abteilung der städt. Krankenanstalten zu Elberfeld.) Verf. versuchte das Tricalcol bei 19 mehr oder minder rachitischen Kindern und bei 2 mit konstitutionellem Ekzem und verfütterte im Laufe von etwa 7 Monaten ungefähr 10 kg des Präparates. Er verabreichte das Pulver zur Grießbouillon bzw. zum Grießmilchbrei gemischt. Es ist jedoch nötig, das Präparat kalt anzurühren, damit ein gleichmäßiger Brei entsteht, und diesen dann der klaren Bouillon usw. zuzusetzen. Warm angerührt, kommt es zur Klumpenbildung, und die Kinder nehmen die Speise nicht. Was die Dosierung des Präparates anbelangt, so gab Verf. Kindern unter einem Jahr etwa 2—2,5 g, Kindern von einem Jahre aufwärts 4—5 g täglich. Es wurde in Teelöffel umgerechnet und der gesamten Nahrungsportion zugesetzt. Verf. gab geringe Dosen, weil nach Dr. Zuckmeyer verdünnte Lösungen höhere Resorptionswerte ergeben, als konzentrierte, und weil die Erfahrung des Tierexperimentes gezeigt hat, daß längere Zufuhr größerer Dosen von Kalksalzen kachektische Zustände hervorrufen kann. Das Tricalcol wurde gut vertragen und, in der angegebenen Weise verabreicht, von den Kindern auch gern genommen. Die Kinder erhielten gemischte Nahrung, neben Grießbouillon und Grießbrei mit Apfelmus, Milch, Milchnährzuckerlösung und vereinzelt auch Dr. Friedenthals Gemüsepulver. Es ist klar, daß es so gut wie unmöglich ist, klinisch beweisende Beobachtungen für die gute Einwirkung des Tricalcols auf Rachitiker zu bringen. Jedoch die Besserung der Nebenerscheinungen und die geradezu augenscheinliche Entwicklung der Kinder nach der Tricalcoltherapie veranlassen Verf. zur Veröffentlichung seiner Beobachtungen. Die bei Rachitis so häufig auftretenden Unregelmäßigkeiten in der Darmfunktion wurden alsbald behoben; die dünnen dyspeptischen Stühle wurden fest und seifig, und die Kinder, die vorher um dieselbe Gewichtshöhe schwankten, nahmen alsbald langsam zu, vielleicht zunächst infolge der Wasserretention. Verf. hat infolgedessen Tricalcolaufschwemmung auch sonst bei wässerigen Stühlen vor Einführung von der Larosan-Eiweißmilch mit gutem Erfolg angewendet. Fleiner glaubt, daß die reizmildernde Wirkung der alkalischen Erden und die stopfende Wirkung des Kalkwassers darauf zurückzuführen sind, daß sie die

Fettsäuren und sauren Gärungsprodukte neutralisieren. Die meistens vorhandenen Hinterhauptschweisse besserten sich unter Tricalcol-medikation mit der Zeit, ebenso die nervöse Übererregbarkeit der Kinder, die sich in plötzlichem Zusammenschrecken und unruhigem Schlaf zeigte. Die immer wiederkehrenden bronchitischen Attacken, zu denen einzelne Kinder besonders disponierten, ließen nach, ob durch die sekretionseinschränkende Wirkung der Kalksalze oder infolge der Besserung des Allgemeinzustandes, läßt Verf. dahingestellt. — Kinder, „die nicht wußten, wofür die Beine da sind“, oder sich hüteten, dieselben aufzustellen, aus Furcht vor Schmerzen, stehen jetzt am Stühlchen und machen Gehversuche. Solche, die vorher ohne jeden Halt platt dalagen, die unfähig waren, ihre Lage selbständig zu verändern, die bei den vorsichtigsten Berührungen abwehrten und in ein zeterndes Geschrei ausbrachen, wurden im Laufe der Zeit unempfindlich, kräftig, richteten sich auf und saßen frei. Auch der bei einigen Kindern vorhandene pastöse Habitus besserte sich. Nicht unerwähnt möchte Verf. lassen, daß 2 Fälle von konstitutionellem Ekzem (nässende Ekzeme mit starkem Juckreiz auf beiden Wangen), die vorher neben entsprechender Ernährung, lange mit Puderung und austrocknenden Salben vergeblich behandelt waren, nach etwa zweimonatiger gleichzeitiger Tricalcolverabreichung schwanden. Das Tricalcol mithin, welches nach physiologischen Untersuchungen reichliche Aufnahme und gute Verwertung findet, einen hohen Gehalt an assimilierbarer Phosphorsäure mitbringt und nicht wie andere Kalksalze dem Organismus Phosphorsäure entzieht, wird gern genommen, gut vertragen und beeinflußt die Rachitis und deren Nebenerscheinungen nach klinischen Erfahrungen gut.

(B. kl. W. 1914 Nr. 1.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Technik der Furunkelbehandlung — zugleich meine eigene Krankengeschichte. Von Dr. Fried, Stabs- und Regimentsarzt im 12. bayer. Feld-Artillerieregiment. Als beste, einfachste, schnellste, billigste und angenehmste örtliche Behandlung empfand Verf. das Salizylseifenpflaster. Mit irgendeinem gut klebenden Heftpflaster, z. B. mit Leukoplast, auf der Haut befestigt, zeigt es die Vorzüge eines idealen, erweichenden Verbandes in knappsten Massen. Durch die Behandlung werden die Krankheitsherde gut abgeschlossen und die Eitererreger gebannt, gleichwie durch Jod und Mastisol. Erneuerung der alten Pflaster nach 12—36 Stunden: Aufweichen der alten Pflaster und Entfernung der Klebstoffreste mit sehr viel

Benzin. — Nachwaschen mit Brennspritus (Keimtötung). Diese Technik muß ein Abwaschen, ein Abspülen, ein Auflösen sein. — Drücken und Reiben ist ein Kunstfehler. Das Salizylseifenpflaster ist so groß zu nehmen, daß es aus gesunder Haut heraus über den Krankheitsherd hinweg wieder weit in gesunde Haut hineinreicht. Bei bösartigen und bei fortschreitenden Furunkeln, besonders des Gesichtes, und bei Lymphgefäßentzündung ist Eröffnung mit Messer oder Glühstift notwendig. Die sonst so nützliche Saugglocke dürfte im Felde zu viel Zeit und Umstände erfordern. Bei ausgebreiteter und bei bösartiger Furunkulose wirkt die Vakzinebehandlung Wunder. Beim Verf. selbst kamen trotz sorgfältigster örtlicher Behandlung, trotz größter Reinlichkeit und geradezu verschwenderischem Umgehen mit Leib- und Bettwäsche 1 $\frac{1}{2}$ Jahre lang immer wieder Rückfälle — bis er 4 Tage vor Beginn der Herbstübungen 1913 außer stande, mit 6 großen, bösartigen Furunkeln weiter zu reiten, mit Opsonogeneinspritzungen⁴⁾ begann. Sämtliche Furunkel heilten noch während der Manöver. Verf. konnte den ganzen anstrengenden Dienst zu Fuß und zu Pferd mitmachen. Die allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse waren für ihn recht ungünstig (verregnete Biwaks und 8 Durchnächte, in welchen er nicht aus den Kleidern kam. Wäschewechsel war nur jeden 3. Tag möglich). Nach den Manövern bekam Verf. einen Rückfall der Furunkulose, weil er die Vakzinebehandlung zu früh ausgesetzt und irrtümlicher Weise geglaubt hatte, eine Staphylokokkenantigensalbe hätte die Besserung bewirkt. Von nun ab führte er die Opsonogenbehandlung energisch und regelmäßig durch. Er bekam dann zwar noch vereinzelte Nachzügler, aber diese verliefen alle ungewöhnlich mild (Erweichung und Verflüssigung binnen wenigen Tagen — ohne Zuhilfenahme von Messer und Glühstift). Nun ist er im 11. Monat völlig frei von Furunkeln, trotzdem er fast täglich geritten, viel Sport getrieben, jedenfalls viel geschwitzt und seine Haut gar nicht geschont hatte.

(M. m. W. 1914 Nr. 46.)

Die Behandlung des Ekzems mit heißen Bädern. Von Dr. Caesar Philip (Hamburg). Da Verf. eine große Zahl von beruflichen Handekzemen in Behandlung bekommt, und zwar von Krämern, Färbern und Tabakarbeitern, so hat er seine Methode

⁴⁾ Opsonogen 100- und 500millionenfach (1 ccm enthält 100 oder 500 Millionen abgetötete Staphylokokken). Am 1. Tage werden 100, am 3. 100, am 5. 300, am 7. 500 Millionen O. eingespritzt. Im übrigen sei auf die Gebrauchsanweisungen der Herstellerin, der Chemischen Fabrik Güstrow (Mecklenburg) verwiesen.

hauptsächlich am Ekzema manuum erprobt. Die Art der Behandlung ist die folgende: Verf. läßt die Patienten, ganz gleich ob es sich um ein akutes oder chronisches, um ein nässendes oder trockenes Ekzem handelt, morgens und abends je eine halbe Stunde lang die Hände in heißem Seifenwasser (irgend eine milde Toilettenseife) baden, und zwar so heiß, wie irgend vertragen wird. Nach dem Baden werden die Hände mehrmals kräftig abgetrocknet und dann sofort ein Verband angelegt mit Ungt. Resorcini compos. Unna (Resorcin., Ichthyol $\bar{a}\bar{a}$ 5,0, Ac. salicyl. 2,0, Vasel. flav. ad 100,0). Die Salbe wird dünn auf die erkrankten Partien aufgetragen, darüber eine mäßig dicke Schicht Watte gelegt und mit Mullbinden verbunden. Wenn es dem Kranken aus beruflichen Gründen nicht möglich ist, tagsüber einen Verband zu tragen, so läßt Verf. ihn über die dünn aufgetragene Salbe bei Tag baumwollene Handschuhe tragen. Dieses Verfahren wird 4—8 Tage fortgesetzt, bis eine kräftige Abstoßung der ekzemkranken Hautschichten und ein vollkommenes Verschwinden des Juckgefühls eingetreten ist. Dann läßt Verf. für weitere 8 Tage nur noch abends $\frac{1}{4}$ Stunde baden und eine einfache Zinkpaste oder Zinksalbe (er verordnet gewöhnlich das Leistikowsche Rezept, Ol. Rusci 2,0—4,0, Ol. Zinci-Vasel. fl. $\bar{a}\bar{a}$ ad 100,0) mit einem Zusatz von Ol. Rusci Tag und Nacht gebrauchen. 10—14 Tage nach Beginn der Behandlung pflegt eine vollständige Ueberhäutung und Heilung der abgestoßenen ekzematösen Hautschichten eingetreten zu sein, und nur in seltenen Fällen ist man gezwungen, Rezidive zu behandeln, die dann der gleichen Behandlung weichen. Besondere Vorteile der Methode sind, daß das Jucken sofort aufhört, daß die Heilung überaus schnell eintritt und daß die gesunde Haut durchaus nicht angegriffen wird. (Derm. Wschr. 1914 Nr. 35.)

Behandlung der Lues mit Embarin. Von Dr. A. Waller (Syphilis-Abteil. d. Budapester St. Stephan-Spitals.) Das Mittel verwendete Verf. sowohl in primären, als sekundären und tertiären Fällen. Er begann stets mit Dosen von 0,5 ccm. Die Injektionen wurden stets intraglutäal, und zwar in der Schindlerschen Linie appliziert; letztere erhalten wir so, wenn wir die auf den äußersten Rand des Trochanter und den Endpunkt der Glutäofemoralfalte gestellten Vertikalen, mit einer den Kristakanten parallel, jedoch darunter zwei Fingerquer verlaufenden Linie schneiden; in der Mitte dieser Linie pflegt Verf. die Nadel einzustecken. Nach der ersten Injektion (0,5 ccm) beobachtete Verf. den Patienten (pünktliche Temperaturmessungen, Bettruhe), und wenn das Mittel gut vertragen wird, so wurden in den folgenden 3 Tagen je 1 ccm und

weiter jeden zweiten Tag je 1 ccm appliziert. 12—15 Injektionen genügten. In keinem Falle konstatiert Verf. eine lokale Reaktion, höchstens an der Injektionsstelle eine geringe Empfindlichkeit, doch ausgesprochene Schmerzen waren in diesen Fällen nie zu beobachten. Es bildeten sich keine Infiltrate, auch fehlten nachträgliche Schmerzen. Unter den 30 Fällen sah Verf. nur in zweien derselben unmittelbar nach der ersten Injektion (in einigen Stunden) solche Erscheinungen, welche er auf eine Idiosynkrasie dem Mittel gegenüber zuschreiben mußte. In diesen Fällen wurde selbstverständlich von der weiteren Verwendung des Mittels Abstand genommen. In diesen zwei Fällen stellte sich nach 2—3 Stunden von der Einspritzung gerechnet Schüttelfrost, Schmerzen der Glieder, Diarrhoe ein, die Temperatur erhöhte sich auf 39,2°—39,5°. In allen übrigen Fällen konnte Verf. außer zufällig auftretenden gelinden Kopfschmerzen weder Fieber, Diarrhoe noch andere unangenehme Erscheinungen konstatieren. Das Vorkommen von skarlatiniformen Exanthenen konnte er nicht beobachten. Was nun die Wirkung des Mittels auf dieluetischen Haut- und Schleimhautveränderungen betrifft, so zeigten die Erfahrungen, daß dieses Mittel die Wirkung betreffend in keiner Weise hinter den bisher als wirksam gehaltenen Antilueticis steht, ja in einigen Fällen zeigten die Veränderungen eine auffallend rasche Rückbildung. In einem Falle sind bohnergroße hypertrophierte und an der Oberfläche erodierte Papeln, welche anderen Hg-Behandlungen energisch widerstanden, nach der vierten Injektion (acht Tage) auffallend flach geworden und zeigten rasche Epithelisierung. Nach zehn Injektionen waren dieselben vollkommen verschwunden. Ein in der Nachbarschaft des rechten Mundwinkels befindlicher, zirka fünfkronenstückgroßer, sich auf die ganze Dicke des Coriums erstreckender ulzeröser Prozeß wurde nach der neunten Injektion fast vollkommen repariert. In Schleimhautfällen hat Verf. selbst noch raschere Besserung beobachtet. Gingivitis und Stomatitis mercurialis sah Verf. nie — bei regelmäßiger Mundtoilette. Nach alledem bildet das antilueticische Mittel Embarin eine vorteilhafte Erweiterung unseres Arsenal; die geringe Menge der einzuspritzenden Flüssigkeit, die jeden zweiten Tag absolvierbare Einspritzung, deren Schmerzlosigkeit, das Fehlen der lokalen Gewebeverwüstung, Infiltration, der unangenehmen Nebenerscheinungen, macht die Verwendung des Mittels empfehlenswert.

(Derm. Wschr. 1914 Nr. 40.)

Ueber Embarin. Von Regimentsarzt Dr. Hans Szerdotz. (Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des k. und k. Garnisonspitals Nr. 7 in Wien.) Auf der Abteilung wurden

32 Fälle mit Embarin behandelt. 3 Fälle erhielten die Injektionen subkutan, 29 intramuskulär. Besser vertragen wurden die intramuskulären Injektionen. Die ersten 2 Fälle erhielten täglich eine volle Dosis, worauf sich bei beiden eine Stomatitis einstellte, welche bei einem trotz peinlichster Mundpflege so hartnäckig wurde, daß die Embarinkur abgebrochen werden mußte. Verf. verabreichte daher den übrigen 30 Fällen die Embarininjektionen nach folgendem Schema: 1., 2., 3. Injektion jeden 2. Tag à $\frac{1}{2}$ Ampulle,

4., 5. „ täglich à $\frac{1}{2}$ „

dann täglich ganze Ampulle. Nach jeder 10. Injektion 3—5 Tage Pause.

Eine prompte Zurückbildung der manifesten Erscheinungen konnte Verf. in allen Fällen konstatieren. Einige Fälle überraschten sogar mit der ausgezeichneten Wirkung des Embarins. Verf. sah eine nähere Wirkung bei allen sekundären Erscheinungen, bei tertiären und bei nervösen Formen. Nach seinen klinischen Erfahrungen hält er das Embarin in bezug auf Verträglichkeit und Wirkung für das beste Hg-Präparat, das wir bis jetzt besitzen.

(Derm. Wschr. 1914 Nr. 43.)

Gonaromat. Von Sanitätsrat Dr. M. Friedländer. (Aus der vorm. Lassarschen Klinik in Berlin.) Dieses Präparat der Kommandanten-Apotheke zu Berlin enthält nach Angaben der Firma auf 100,0 Ol. santali ostind. (93—94 % Santalolgehalt), Ol. chamomill. aeth. 0,5, Ol. macidis 0,025, Ol. cinnam. 0,1, Ol. menth. piperit. 0,4, Ol. caryophill. 0,025. Während die beiden letztgenannten Oele als Geschmackskorrigentien hinzugesetzt sind, soll das Ol. chamomill. schmerzlindernd und entzündungswidrig, das Ol. macidis gefäßverengernd und das Ol. cinnam. bakterizid wirken. Zur Vermeidung des widrigen Nachgeschmacks und des lästigen Aufstoßens ist das Oel in sogenannte Dünndarmkapseln gefüllt, welche sich erst bei Zutritt der Galle, d. h. also erst im Dünndarm lösen. Verf. hat an annähernd 100 Patienten, welche teils klinisch, teils ambulant behandelt wurden, das Präparat während eines Jahres geprüft. Wegen des kleinen Formats der Kapseln, 0,2 pro Kapsel, wurden diese durchweg leicht und gern genommen. Es wurden solche Fälle zur Behandlung ausgewählt, bei welchen die lokale Behandlung kontraindiziert war oder wo diese allein nicht zum Ziele führte. Also hauptsächlich akute Epididymitis und Prostatitis, akute Gonorrhoe mit starker Lymphangitis, paraurethrale Abszesse, sowie Fälle von Entzündungen in der Pars posterior, Collocystitis und Cystitis. In keinem Falle, es wurden durchweg dreimal täglich zwei Kapseln nach dem Essen verabfolgt, traten unangenehme Nebenerscheinungen, sei es von seiten des Magens oder der Nieren auf. Das schmerz-

hafte Brennen beim Urinieren in den akuten Entzündungsstadien wurde rasch, manchmal in 24 Stunden, beseitigt, der Harndrang verminderte sich zusehends, die Sekretion und die Entzündungserscheinungen ließen nach, der Gonokokkenbefund wurde negativ, und die Trübung der zweiten Harnportion bei Urethritis posterior verschwand, kurzum das akute Stadium wurde bald in das subakute übergeführt. Nach alledem muß man dem „Gonaromat“ einen hervorragenden Platz in der internen Therapie der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen einräumen. (Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 2.)

Apparate und Instrumente.

Feldärztliche Suspensionsvorrichtung für verwundete Arme.
Von Chefarzt Dr. Schultes, Oberstabsarzt (Aus dem Vereinslazarett vom Roten Kreuz Hohenlychen). Bei zahlreichen Verwundungen an den Armen, die hochgehängt werden mußten, ist hier eine Einrichtung getroffen worden, die auch im Feld verwendbar ist: Leisten aus Buchenholz, sogenannte Tischleisten, wie sie jeder Tischler vorrätig hat, werden bogenförmig über das Bett gespannt. Die Leisten sind etwa 2,5 cm breit, 1 cm stark und 2,25 m lang. Man befestigt sie mit Bindfaden an den eisernen Querstangen am Kopf- und Fußende des Bettes. Eine seitliche Befestigung ist nicht nötig. (D. m. W. 1914 Nr. 45.)

Verschiedenes.

Ueber Ersatz für Kanadabalsam schreibt Th. V a t h e r n a h m (Frankfurt a. M.) „Bei der Einbettung mikroskopischer Präparate bildet einen sehr guten Notbehelf, ja ich möchte fast sagen, Ersatz für den Kanadabalsam das Mastisol-Oettingen. Ich war neulich gezwungen, solches zu verwenden, und war überrascht von dem Erfolg. Die Masse erstarrt fast sofort, und das Deckgläschen haftet nach einigen Stunden so fest, daß man das Präparat ohne Gefahr transportieren oder verschicken kann. Die Färbung leidet, so weit ich untersuchte, keine Einbuße, und die leicht rötliche Färbung des Mastisols verschwindet völlig infolge der dünnen Ausbreitung der Masse. Ein weiterer Vorteil ist, daß man die Präparate sofort untersuchen kann, ohne, wie beim Kanadabalsam, in Gefahr zu laufen, daß bei Schiefstellung des Mikroskopes oder bei Projektion das Präparat abläuft; aus diesem Grunde eignet es sich besonders bei solchen Präparaten, welche man in Glyzerin usw. ohne Deckglas untersucht. Im Uebrigen ist bei seiner großen Verbreitung das Mastisol im Notfalle stets zur Hand; manchen der Kollegen

interessiert vielleicht dieser Wink; ich hoffe im Felde weitere Versuche auf diesem Gebiete damit anzustellen.“

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 45.)

Sterilisationsverfahren für Trinkwasser. Pro 1 l Trinkwasser werden 0,15 g (d. i. rund ein siebentel Gramm) Calcium hypochloratum (Chlorkalk) am Rande eines Glases mit einigen Tropfen Wasser zu einem dünnen Brei verrieben, mit dem Liter Wasser vermischt und gleich darauf 7 Tropfen einer 25 % igen Salzsäurelösung der Mischung zugesetzt. Unter wiederholtem Umschütteln 30 Minuten einwirken lassen, hierauf Zusatz von 0,30 g (d. i. rund ein drittel Gramm) kristallwasserhaltigem Natriumsulfit (Natrium sulfurosum) und Umrühren. Nach dem Umrühren und Lösen des Natriumsulfit ist das Wasser trinkfertig. (Nach Vorschrift von Prof. Prausnitz.) (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 45.)

Neue Bücher.

Atlas und Grundriß der traumatischen Frakturen und Luxationen. Von Prof. Dr. Helferich. (14 M.) — **Atlas und Grundriß der Verbandlehre.** Von Hoffa-Grashey. (10 M.) Zwei alte Bekannte haben sich zur rechten Zeit eingestellt. Gerade diese beiden Atlanten aus der Sammlung: „Lehmanss Mediz. Handatlanten“ dürften jetzt, wo auch Tausende von Zivilärzten, obwohl „Nichtchirurgen“, eine ausgedehnte kriegschirurgische Tätigkeit entfalten, hochwillkommen sein. Ueber die beiden Werke selbst, die jetzt in 9. bzw. 5. Auflage vorliegen, noch Rühmenswertes zu sagen, dürfte überflüssig sein; es ist an dieser Stelle oft genug betont worden, wie vortrefflich sie sind. Anschaulicher, als hier alles gemacht wird, dürfte das wohl kaum möglich sein, sowohl was den Text als besonders die prächtigen Bilder anbelangt. Wir zweifeln nicht, daß die beiden Werke sich wieder zahlreiche neue Freunde erwerben werden.

Börner's Reichs-Medizinalkalender. Herausgegeben von Prof. Schwalbe (Leipzig, G. Thieme). I. Teil Preis 3 M. Was dieser Kalender in seinem Hauptteil und seinen beiden „Beiheften“ bietet, ist bekannt. Jedes Jahr wird sein an und für sich reicher Inhalt vermehrt, man findet alles, was des Mediziners „Herz begehrt“, und in einer so ausgezeichneten Darstellung, daß man vollbefriedigt ist.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-Rat Dr. Eugen Graetzer** in **Berlin-Friedenau**,

Verlag von **Leopold Voß** in **Leipzig** und **Hamburg**.

XXIV. Jahrgang

Nr. 5.

Februar 1915

Auszüge.

Aetiologisches.

Zur Aetiologie und klinischen Diagnose der Aktinomykose.
Von Dr. med. et phil. E. G. Dresel. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Heidelberg).

1. Die Aktinomykose des Menschen und des Rindes beruht auf Infektion mit einem anaëroben Trichomyceten (Aktinomyces Wolff-Israel).

2. In manchen Fällen besteht eine Mischinfektion mit einer aëroben Streptothrixart („Aktinomycesgruppe Boström“).

3. Außer der echten Aktinomykose gibt es beim Menschen ein klinisch der Aktinomykose ähnliches Krankheitsbild, bei dem im sezernierten Eiter ausschließlich aërobe Streptotricheen als Erreger gefunden werden. In diesen Fällen können im Eiter drusenähnliche, makroskopisch sichtbare Körnchen vorhanden sein, die aber nur aus Knäueln verfilzter Streptothrixfäden ohne Kolben bestehen.

4. Anderseits können in frischen Fällen von echter Aktinomykose, besonders bei frühzeitiger Einschmelzung des Gewebes, Drusen im sezernierten Eiter zunächst völlig fehlen.

5. Die Frage, ob es sich in einem gegebenen Falle um echte Aktinomykose oder um eine Streptothrichose handelt, kann nur durch die bakteriologische Untersuchung unter Anwendung des aëroben und anaëroben Kulturverfahrens entschieden werden.

(D. m. W. 1914 Nr. 42.)

Beitrag zur Entstehung der Aktinomykose. Von W. Keppler.
K. beschreibt einen Fall von Aktinomykose des Oberarms, der an-

fangs unter der Diagnose einer akuten Osteomyelitis behandelt wurde. Es ist anzunehmen, daß es sich um die Metastase eines latenten Krankheitsherdes handelte, und daß die Infektion auf dem Blutwege in den Oberarmknochen geraten ist. Ein Trauma, das hier die Veranlassung zum akuten Ausbruch der Erkrankung gegeben hat, dürfte bei diesem Fall von Aktinomykose dieselbe Rolle gespielt haben, wie sie Unfällen bekanntermaßen bei der akuten Knochenmarksvereiterung zukommt. Eine Sonderstellung nimmt der vorliegende Fall insofern ein, als der primäre Herd der Aktinomykose bisher nicht nachgewiesen werden konnte.

(Langenb. Arch. CIV, H. 3. — Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 46.)

Vollkommener Haarausfall nach Unfall. Von Dr. E. Franck (Berlin). Im sofortigen Anschluß an eine schwere Brustverletzung stellt sich Haarausfall ein, binnen $\frac{1}{4}$ Jahr zu totaler Alopezie führend, die jetzt — nach 10 Monaten — noch anhält. Also ein klassisches Beispiel einer Alopecia neurotica traumatica universalis. (Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1914 Nr. 23.)

Diabetes und Unfall. Von Dr. E. Jungmann (Berlin). Ein Mann, der ca. 4 Wochen vor dem Unfall wegen seiner Anstellung untersucht und als gesund befunden wird, erleidet einen schweren Unfall. Er bricht den rechten Unterschenkel, stürzt auf den Hinterkopf und wird sicherlich infolge der Explosion in eine starke seelische Erregung versetzt. Der Bruch heilt, der Mann nimmt die Arbeit wieder auf, aber er magert, wie einwandfrei nachgewiesen ist, ständig seit dem Unfall ab, ohne sich eigentlich krank zu fühlen. Es ist ja das Eigentümliche des Diabetes, daß er jahrelang bestehen kann, ohne daß die Patienten besondere Beschwerden haben. Schon die Entstehung des Diabetes in so jungen Jahren — Patient ist im Alter von 29 Jahren gestorben — läßt die Vermutung zu, daß hier eine außergewöhnliche Ursache der Krankheit vorliegt. Verf. kommt daher zu dem Schluß, daß man in der Tat die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges des Traumas und der Zuckerharnruhr in diesem Falle annehmen muß, und glaubt somit, daß der Tod des Patienten letzten Endes durch den Unfall bedingt ist. (Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1914 Nr. 23.)

Neuritis retrobulbaris bei Nebenhöhlenerkrankungen. Von Meesmann.

Seit etwa fünf Jahren sind retrobulbäre Neuritiden beobachtet worden, die sicher in Zusammenhang mit Sieb- und Keilbeinhöhlenerkrankungen standen, chronische wie auch akute. Es ist

sehr wichtig zu unterscheiden, ob die akute Form der retrobulbären Neuritis nur auf multipler Sklerose beruht oder unter Umständen auch auf Erkrankungen der Nebenhöhlen. Die Fortleitung auf den Opticus kann direkt geschehen oder dadurch bedingt sein, daß der Opticus durch eine der Nebenhöhlen hindurchzieht oder daß die Knochenwandung sehr dünn ist. In vielen Fällen ist die Neuritis retrobulbaris durch Behandlung der Nebenhöhlen gebessert worden, z. B. durch einfache Kokainisierung oder Blutentziehung. Völlig geklärt ist der sich immer wieder zeigende Zusammenhang zwischen Opticus- und Nebenhöhlenerkrankungen noch nicht.

(Gesellsch. d. Charitéärzte i. Berlin 7. V. 1914.)

Zur Pathologie der Hypophysis cerebri. Von Staffell (Chemnitz). S. demonstriert das Gehirn eines 19jährigen Mädchens. Das letztere war mitten in voller Gesundheit plötzlich mit Kopfschmerzen erkrankt und etwa 3 Stunden darauf bewußtlos geworden. Es bestand Nackenstarre, sehr enge Pupillen, Hyperästhesie der Haut, Steigerung der Sehnenreflexe, keine motorische Lähmung. Im Urin reichliche Mengen Zucker und Azeton. Temperatur 38,2°. Noch am Tage der Erkrankung trat der Tod ein. Bei der Sektion fand sich ein Gliom am Boden des III. Ventrikels mit Uebergang auf den hinteren Lappen der Hypophyse. Das Gliom hatte zur Blutung in dem III. und IV. Ventrikel und dadurch zum Exitus geführt. Nach der neuerdings von Erdheim und Aschner vertretenen Ansicht soll das Fröhlich'sche Krankheitsbild (Fettsucht und Genitalatrophie) nicht durch eine Erkrankung der Hypophyse, sondern durch eine Schädigung der trophischen Zentren am Boden des III. Ventrikels bedingt sein. Die Schädigung dieser Zentren soll gleichzeitig Glykosurie veranlassen. Im demonstrierten Falle bestand wohl die letztere, aber es bestand nicht ein einziges Symptom des Fröhlich'schen Krankheitsbildes, insbesondere auch keine Störung der Menstruation.

(Fr. Vereinigung d. Chir. d. Königr. Sachsens 4. V. 14.)

Diagnostisches.

Zur Typhusdiagnose im Felde. Von Feldunterarzt Dr. M. Rhein. (Aus dem Seuchenlazarett in Straßburg i. E.) Wenn es darauf ankommt, aus einer größeren Anzahl typhusverdächtiger Mannschaften in kürzester Zeit die sicheren Typhuskranken auszuscheiden, bildet die Diazoprobe eine sehr wertvolle Stütze der klinischen Typhusdiagnose. Die gebräuchlichen Ehrlich'schen Diazoreagentien sind zu umständlich im Gebrauche, als daß sie der

Truppenarzt im Felde anwenden könnte. Nun besitzen wir aber in dem vor einigen Jahren von Weiß angegebenen Permanganatverfahren eine sehr einfache und zuverlässige Diazoreaktion. Die Weißsche Probe wird folgendermaßen angestellt: Der zu untersuchende Harn wird im Reagenzglase soweit verdünnt, daß die bestehende Harnfarbe beinahe verschwindet; gewöhnlich genügt dazu eine 2—3 malige Verdünnung. Zu dem so verdünnten Harn werden 3—10 Tropfen einer 1 prom. Kaliumpermanganatlösung zugefügt. Ist die Reaktion positiv, so tritt eine deutliche goldgelbe Färbung auf; ist sie negativ, so tritt entweder gar keine Färbung oder nur eine leichte Bräunung auf. Die gelbe Farbe bei positivem Ausfall der Probe entsteht nach Weiß infolge Oxydation des Urochromogens, des Prinzips der Diazoreaktion, zu Urochrom, dem normalen Harnfarbstoff. — Wie Verf. sich bei der Untersuchung des Harnes von ungefähr 100 Typhusfällen überzeugen konnte, entspricht das Resultat des Permanganatverfahrens immer dem der Ehrlichschen Probe. In manchen Fällen (10 %), in denen die Farbe des Schüttelschaumes zweifelhaft war, ergab sogar die Weißsche Probe sichern Diazo. Die Methode ist so einfach, daß Verf. bei Tage nur noch nach ihr die Diazoprobe anstellt. Bei künstlicher Beleuchtung ist allerdings der Ausfall schwerer zu beurteilen als bei dem Ehrlichschen Verfahren. Die Weißsche Probe kann noch weiter vereinfacht werden, indem man anstelle der Permanganatlösung zu dem im Reagenzglase 2—3 mal verdünnten Harn ein Körnchen Kaliumpermanganat zusetzt. Schüttelt man sofort nach Zusatz des Permanganats den Inhalt des Reagenzglases, so tritt bei positiver Diazoreaktion eine prachtvolle goldgelbe Farbe auf. Bei negativem Ausfall dagegen entsteht nach einigen Sekunden eine bräunliche Suspension. Die Mitführung eines starkwandigen Reagenzglases und einer Schachtel Kaliumpermanganat dürfte sich auch im Felde ermöglichen lassen.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 49.)

Trockennährböden nach Doerr zur Typhus- und Dysenteriediagnose. Von Prof. Dr. J. Morgenroth. Seit längerer Zeit verwendet Verf. für die bakteriologische Typhusdiagnose Endo- und Drigalski-Conradi-Nährböden, die nach dem Verfahren von Doerr von der Chemischen Fabrik Bram in Leipzig hergestellt und in Tablettenform in den Handel gebracht werden. Die Fertigstellung im Laboratorium ist ganz einfach und vollzieht sich in wenigen Minuten. Die Tabletten werden — am besten in steriler Reibschale — verrieben, mit der entsprechenden Menge Wasser übergossen, unter Erwärmen gelöst; die Lösung wird einmal auf freier

Flamme aufgekocht und in eine Petri- bzw. Drigalskischale ausgegossen. Sein Urteil über die Nährböden kann Verf. dahin zusammenfassen, daß sie nicht minder gut und zuverlässig sind als die im Laboratorium mit Sorgfalt frisch bereiteten Kulturmedien. Die Reaktionen der Typhus-, Paratyphus-, Dysenterie-, Kolikulturen sind absolut charakteristisch. Gegenwärtig benutzt Verf. für die Differentialdiagnose bei Dysenterie den Lackmusagar mit Zusatz von Maltose, Mannit, Saccharose, gleichfalls in Tabletten, die sich sehr gut bewähren. Diese letzteren dürften sich auch bei größeren Betrieben empfehlen, wo man der Ersparnis wegen — wie Verf. dies jetzt für klinische Diagnosen tut — die meisten Spezialnährböden selbst herstellt. In neuerer Zeit lobt Ruß die Doerrschen Nährböden wegen ihrer „leichten Transportfähigkeit, guten Lösbarkeit und einfachen Handhabung“; sie seien gleichwertig mit den frisch bereiteten Nährmedien. Ebenso günstig spricht sich Beintker aus, der mit Recht empfiehlt, sich für plötzlich eintretenden größeren Bedarf einen „eisernen Bestand“ vorrätig zu halten. Endlich empfiehlt Galli-Valerio und Schiffmann auf Grund eigener Erfahrungen die Nährböden auf das wärmste, auch den gewöhnlichen Nähragar (der, wie alle Nährböden, außer in Tabletten- auch in Pulverform geliefert wird), Blutalkaliagar nach Dieudonné, Neutralrotagar usw. Die Kenntnis dieses recht wertvollen technischen Fortschritts dürfte manchem bakteriologisch tätigen Kollegen von Nutzen sein.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 49.)

Über ruhrähnliche Darmerkrankungen. Von Dr. E. Leschke (II. Medizin. Klinik d. Charité in Berlin). Es gibt Fälle von Darmerkrankungen mit blutigen und schleimigen Durchfällen, die sich zwar klinisch von der echten Bazillenruhr nicht unterscheiden, bakteriologisch aber auf völlig anderer Ursache beruhen. Diese Affektionen haben eine durchaus gute Prognose und treffen hauptsächlich Lymphatiker; es ist sehr wohl möglich, daß die bei solchen Leuten bestehende größere Empfindlichkeit des Darms und der Gefäße das Auftreten blutiger Durchfälle begünstigt. Die Behandlung dieser Fälle besteht in Bettruhe, flüssigbreiiger Kost, warmen Umschlägen auf den Leib und, bei enterogener Infektion, Verabreichung von Magnesiumperhydrol. Als das souveräne Mittel zur Adsorption darmreizender Stoffe (Toxine, Fäulnisprodukte u. a.) hat sich Verfasser die feinverteilte Kohle, (Blut-, Tier- oder Holzkohle) erwiesen, die er gewöhnlich in Oblaten in großen Mengen (15—25 g täglich, eventuell noch mehr, in stündlichen Pausen) nehmen läßt. Die adsorbierende Fähigkeit der feinpulverisierten

Kohle, namentlich der Blutkohle, übertrifft sogar die der zuerst zu diesem Zweck eingeführten Bolus alba. Nach dem Aufhören der Durchfälle, also schon nach wenigen Tagen, kann man sehr schnell zur gewöhnlichen Kost übergehen. Daß diese ruhrähnliche Erkrankung gerade jetzt bei unseren im Felde stehenden Soldaten besonders häufig auftritt, ist in Anbetracht der mannigfachen Schädigungen, denen sie dort in bezug auf die Kost sowie auf Erkältungen und andere Infektionen ausgesetzt sind, nicht verwunderlich. Gerade vom militärischen Standpunkte aus aber ist es wichtig zu wissen, daß diese Erkrankung harmlos ist und meist in wenigen Tagen ausheilt, so daß die Soldaten wenige Tage nach ihrer Genesung wieder dienstfähig sind.

(D. m. W. 1914 Nr. 49.)

Zur Diagnose und Therapie der Gasphlegmone. Von Stabsarzt d. R. Dr. Busch (Crefeld). (Aus dem Reserve-Feldlazarett 34.) Beim Betasten der betroffenen Hautstellen fühlt man das außerordentlich charakteristische, pergamentartige Knistern. Die Grenze der eigenartigen Phlegmone und somit die notwendige Höhe der eventuellen Amputationsstelle festzustellen, vor allem aber auch die Diagnose ganz im Beginn der Erkrankung, gelingt durch bloßes Betasten nicht immer ganz sicher. Verf. hat sich nun hierbei folgenden einfachen Mittels bedient: Führt man nämlich mit dem Rasiermesser über das betroffene Glied, so hört man sofort an dem Ton, der beim Schaben des Messers entsteht, wo die Grenze des gesunden Gewebes ist. Sobald das Messer an eine auch nur die geringste Menge Luft im Unterhautzellgewebe enthaltende Stelle der Haut gelangt, wird der Ton ganz auffallend hohl, helltönend, schachtelartig; er ist ganz verschieden von dem Ton, der entsteht, wenn das Messer über normale Haut geführt wird. Da die Gasphlegmone zunächst meist nicht in der Muskulatur bzw. deren Interstitien, sondern in dem lockeren Unterhautzellgewebe weiter zu schreiten pflegt, so kann man mit Hilfe dieses einfachen Mittels — vor Vornahme der Amputation muß man ja ohnehin rasieren — genau sich vergewissern, ob die Amputationsstelle genügend hoch gewählt ist. Zwei Fälle von Gasphlegmone konnten durch eine genügend hoch vorgenommene Oberschenkelamputation binnen kurzer Zeit fieberfrei und endgültig geheilt werden. In einem weiteren Fall, wo die Infektion auch von einer Granatverletzung am Unterschenkel ausgegangen war, konnte der Kranke nicht mehr gerettet werden; er erlag der Allgemeininfektion. In einem vierten Fall konnte gerade durch das beschriebene einfache Phänomen die Diagnose ganz im Anfang

der Erkrankung gestellt werden, so daß es gelang, durch Exzision der ganzen Wunde weit im gesunden Gewebe der Infektion Herr zu werden und den davon betroffenen jungen Offizier vor der verstümmelnden Amputation bzw. Exartikulation des Oberschenkels, die bei weiter fortgeschrittener Infektion sicher die einzige Möglichkeit einer Erfolg versprechenden Therapie gewesen wäre, zu bewahren.
(D. m. W. 1914 Nr. 51.)

Über die Bedeutung der von Doehle beschriebenen Leukozyteneinschlüsse für die Scharlachdiagnose. Von Dr. R. Isenschmid u. Dr. W. Schemensky (Med. Klinik des Städt. Krankenhauses Frankfurt a. M.). Das Fehlen der Döhleschen Körperchen bei einem fiebernden Kranken schließt frischen Scharlach aus. Der positive Befund von Körperchen schließt Röteln aus und macht Masern unwahrscheinlich. Diphtherie und lakuinäre Anginen macht der positive Befund nur dann unwahrscheinlich, wenn sich typisch geformte Einschlüsse in sehr großer Zahl vorfinden.
(M. m. W. 1914 Nr. 39.)

Beiträge zur serologischen Frühdiagnose des Karzinoms vermittelt des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Von Dr. A. Schawlow in Riga. „Wenn wir unter 40 Magenkarzinomfällen nur 3 Fehldiagnosen, also 7,5 %, von im ganzen 64 Karzinom- und Sarkomfällen nur 4 Fehldiagnosen 6,36 % zu verzeichnen haben, so ist der tatsächliche Befund weit höher als in allen bis jetzt angewandten Methoden und spricht sicherlich für den klinisch großen Wert der Abderhaldenschen Reaktion und die gewaltige biologische Bedeutung der Abderhaldenschen Theorie. Rechnen wir noch hinzu, daß im ganzen nur 9 Fehldiagnosen, und diese hauptsächlich in den ersten Arbeitsmonaten zu verzeichnen sind, so wäre bei einer genaueren Analyse der Fälle der Prozentsatz noch mehr herunterzudrücken. Ich hoffe, daß ein weiteres Bearbeiten der Frage mich instand setzen dürfte, noch viel genauere Resultate zu erzielen, und muß im Gegensatze mit anderen Publikationen unbedingt den klinischen Wert der Abderhaldenmethode unterstreichen.“
(M. m. W. 1914 Nr. 25.)

Kasuistisches.

Lähmung der Sohlenmuskulatur bei Verletzung des N. tibialis. Von Cramer. Votr. berichtet über 4 Fälle von Lähmung der Sohlenmuskulatur bei Schußverletzung des N. tibialis, von denen

3 demonstriert werden. Die Läsionsstelle lag in allen Fällen so, daß die Äste des Tibialis für die Unterschenkelmuskulatur nicht geschädigt wurden, so daß sich die Ausfallssymptome auf den Fuß beschränkten. Der objektive Befund ist relativ geringfügig und kann bei oberflächlicher Betrachtung leicht übersehen werden. Im Gegensatz hierzu stehen die meist nicht unerheblichen subjektiven Beschwerden. Die Lähmung erstreckt sich auf den Flexor digitorum brevis, die Muskeln des Groß- und Kleinzeheballens und die Interossei. In diesen Muskeln ist je nach der Schwere der Läsion totale oder partielle Entartungsreaktion nachweisbar. Der motorische Ausfall äußert sich vor allem in einer Parese der Zehenbeugung; diese Bewegung kann jedoch infolge des Erhaltenseins des Flexor digitorum longus in normalem Umfange ausgeführt werden. Die Lähmung der Interossei prägt sich in einer leichten Krallenstellung der Zehen aus, die jedoch bei der Frische der Läsion noch nicht sehr ausgesprochen ist. Die Sensibilitätsstörung nimmt das Gebiet des Tibialis an der Fußsohle ein. Die subjektiven Beschwerden bestehen in Parästhesien und Taubheitsgefühl an der Fußsohle, was direkt auf diese Nervenläsion zu beziehen ist. Ferner bestehen heftige Schmerzen im Fuß beim Auftreten; diese sind wahrscheinlich zurückzuführen auf die Veränderungen, die der Ausfall der kleinen Fußmuskeln in der Statik und Mechanik des Fußes bewirkt.

Diskussion: M. Rothmann hat eine den Cramerschen Fällen völlig analoge Beobachtung gemacht. Bei einem Offizier, der am 12. August einen Schuß durch den Unterschenkel bekommen hatte, trat eine leichte Peroneusparese und eine vollständige Gefühlslosigkeit der Planta pedis auf. Erst nach 10 Tagen entwickelten sich heftige Schmerzen in der Fußsohle. Nur im ersten Anfang soll eine geringe Behinderung der Abwärtsbewegung der Zehen bestanden haben. R. konstatierte Mitte September die Anästhesie der Fußsohle mit stärksten Schmerzen ohne die geringste motorische Störung im Tibialisgebiet. Beweist schon diese Beobachtung, daß der Versuch, die Schmerzen aus der Störung der Statik des Fußes zu erklären, nicht zutreffend sein kann, so ergibt sich das weiterhin aus mehreren Beobachtungen R.s, bei denen die gleichen Schmerzen bei Armschüssen in der Vola manus aufgetreten sind. R. betont als ein Charakteristikum vieler Schußverletzungen der peripheren Nerven die Schwere und Persistenz der Sensibilitätsstörungen und die heftigsten Schmerzattacken. Therapeutisch haben neben den sonst üblichen Mitteln Injektionen von Novokain-Suprareninlösungen in die Umgebung des Schußkanals außerordentlich gute Dienste geleistet. Daneben ist stets die suggestive

Behandlung zu beachten. Oft haben Wasserinjektionen einen prompten Erfolg.

Oppenheim: Die sich auf den distalen Abschnitt des N. tibialis posticus beschränkenden Lähmungen sind auch nach meiner Erfahrung recht selten und können leicht übersehen werden. Ich habe einige Fälle dieser Art gesehen und glaube sie auch im Lehrbuch geschildert bzw. an Hand derselben die Symptomatologie entworfen zu haben. Wer allerdings gewohnt ist, in jedem Falle eine gründliche elektrische Untersuchung vorzunehmen und dabei auch die Sohlenmuskulatur nicht unberücksichtigt läßt, kann sie nicht übersehen. In einem meiner Fälle lag eine Alkoholneuritis vor, die sich auf diesen Nerven beschränkte, in anderen eine Verletzung in der Knöchelgegend. Auch unter den Kriegsverletzungen der peripheren Nerven, deren ich in den letzten Monaten eine sehr große Zahl gesehen habe, ist mir eine begegnet, die genau den von Cramer vorgestellten entsprach. Die von ihm gegebene Erklärung der Schmerzhaftigkeit beim Auftreten halte ich für eine zutreffende. — Was die von Rothmann angeschnittene Frage der Schmerzen bei den Kriegsverletzungen der Nerven überhaupt anlangt, so verdient sie bei der demnächst stattfindenden allgemeinen Diskussion aufs gründlichste erörtert zu werden. Die Bekämpfung dieser traumatisch-neuritischen Schmerzen bildet eine der wichtigsten und schwierigsten Aufgaben der Kriegsneurologie. Es ist noch nicht recht aufgeklärt, wie es kommt, daß diese Schmerzen nur bei einem Teil der Nervenverletzten auftreten, während andere ganz schmerzfrei ausgehen. Ganz allgemein kann ich nach meinen Erfahrungen sagen, daß es die partiellen Lähmungen sind, welche mit den heftigen Schmerzattacken verknüpft sind, aber es gibt Ausnahmen nach beiden Richtungen, und es spielen sicher noch andere Faktoren eine Rolle. So ist es auffallend, wie oft gerade diese schmerzhaften Neuritiden mit allgemeinen Neurosen und Psychosen einhergehen. Worauf beruhen diese Wechselbeziehungen? Ich werde auf diese Frage zurückkommen.

Schuster: Ich darf vielleicht zuerst bemerken, daß ich einen der von Oppenheim als sehr selten charakterisierten Fälle, bei welchen es sich um eine isolierte Schädigung eines Tibialisastes handelte, untersuchen konnte. Ein Mann hatte sich eine große Wunde auf der Fußsohle zugezogen und zeigte von objektiven Erscheinungen lediglich eine — auch elektrisch nachweisbare — Lähmung der Interossei des Fußes sowie eine Sensibilitätsstörung der lateralen Fußsohlenpartie. Es handelte sich offenbar um eine Durchschneidung des N. plantaris externus (Astes des N. tibialis), welcher die Interossei und die Sensibilität in dem fraglichen Gebiet

versorgt. Der Fall betraf übrigens keine Kriegsverletzung. Von Kriegsverletzungen der Unterschenkelgegend habe ich ähnliche Bilder, wie sie Cramer zeigte, gesehen. Außerdem sah ich einen Flieger, der von unten her einen Schuß in die Wade bekommen und eine totale Peroneuslähmung davongetragen hatte. Ein anderer Soldat hatte einen Querschuß durch die Wade erhalten und gar keine motorischen, sondern nur sensible Störungen im Bereiche eines Hautastes des N. peroneus dargeboten. Die von den Herren Vorrednern betonten Beobachtungen hinsichtlich der Häufigkeit intensiver Schmerzen bei Verletzungen peripherischer Nerven konnte ich gleichfalls machen. Dabei möchte ich bemerken, daß ich die (auch von Cramer hervorgehobenen) Schmerzen im Fuß bei Lähmung der kleinen Fußmuskeln in der gleichen Weise erklären möchte, wie dies Cramer getan hat, nämlich als Dehnungsschmerzen, periostale Druckschmerzen usw. Der von mir soeben erwähnte Fall der Verletzung des N. plantaris externus hatte Beschwerden, die an die Plattfußbeschwerden erinnerten, wenn auch sein Gang ein anderer war. Die Schmerzen, welche ich bei Nervenverletzungen an den oberen Extremitäten sah, beschränkten sich manchmal nicht streng auf den verletzten Nerv, sondern verallgemeinerten sich auf den ganzen Arm, ohne daß sonst Zeichen einer neurotischen Erkrankung vorlagen.

(Berl. Ges. f. Psychiatr. u. Nervkht., 9. XI. 14. — Neurol. Zbl. 1914 Nr. 23.)

Ueber traumatische subdurale Blutungen mit langem Intervall. Von Adolf L. Vischer. Die 2 mitgeteilten Fälle sind dadurch bemerkenswert, daß erst 1 bzw. 2 Monate nach dem Kopftrauma schwere Hirndrucksymptome auftraten (Somnolenz, Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen, Stauungspapille, Pulsverlangsamung usw.). Fälle von solch langem „freiem Intervall“ sind ungewöhnlich. Beide Fälle wurden durch Trepanation und Entleerung des subduralen Hämatoms geheilt. Die Hämatome bestanden aus dünnflüssigem, teerartigem Blut, welches wenig Coagula enthielt; augenscheinlich sind der Hauptblutung noch Nachblutungen gefolgt, welche das Symptomenbild des Hirndruckes erst deutlich hervortreten ließen; letzterer tritt erst auf, wenn das Hämatom eine gewisse Größe (etwa 50 ccm und darüber) erreicht hat. Erfolgen nun die Nachschübe langsam, so kann sich das Gehirn den veränderten Druckverhältnissen, wie bei langsam wachsenden Tumoren, anpassen, und so wird es verständlich, daß ausnahmsweise 1—2 Monate nach dem Trauma vergehen können, ehe die markanten typischen Hirnsymptome einsetzen. Beide Fälle be-

weisen, daß Kopfverletzte einer sorgsam klinischen Beobachtung bedürfen, ehe ihnen die Wiederaufnahme der Arbeit gestattet wird.
(Arch. f. kl. Chir. CIV H. 2. — Neurol. Zbl. 1914 Nr. 23.)

Heilung eines bemerkenswerten Großhirntumors. Von W. Alexander und E. Unger (Berlin). Tumor im Marklager der rechten Hemisphäre, gegen die Rinde zu wachsend, wahrscheinlich mehr unterhalb der hinteren Zentralwindung, bei einem 26jähr. Manne. Die Bedeutung des Falles liegt in folgenden Punkten: Trotz fast dauernder, sachverständigster Beobachtung treten erst nach 4jähriger Dauer der Epilepsie die ersten Tumorsymptome auf. Auch dann blieben die Lokalsymptome nur äußerst gering bei der enormen Größe der Geschwulst. Der Tumor war — gleichfalls ein sehr seltenes Vorkommen — direkt im Röntgenbilde sichtbar. Die Operation wurde gänzlich in Lokalanästhesie durchgeführt und der Seitenventrikel weit eröffnet. Als einziger Defekt bleibt eine reine Stereoagnosie. Und schließlich, was das Wichtigste ist: es trat vollkommene Heilung ein. (B. kl. W. 1914 Nr. 30.)

2 unter dem Bilde einer Hirngeschwulst verlaufende tuberkulöse Meningitiden beobachtete V. Reichmann (Jena). Alle stürmischen Erscheinungen fehlten, der Verlauf war außerordentlich langsam, so daß man sich vorstellen kann, daß Tuberkelbazillen hämatogen ins Hirn verschleppt wurden und hier ganz allmählich die Hirnbasis infizierten.

(D. Zschr. f. Nervhkl. Bd. 52 H. 1/2.)

Wiederanheilung einer fast vollständig abgeschnittenen Hand mit guter Funktion. Von Priv.-Doz. Dr. Schloessmann (Chirurg. Klinik Tübingen). Der Fall dieses 10jährigen Knaben, dem durch eine Futterschneidemaschine die rechte Hand fast völlig abgeschnitten wurde, zeigt, daß auch in verzweifelten Fällen bei sofortigem rationellen Vorgehen die Prognose sich ungemein verbessern kann. Allerdings mußten hier allein 22 durchtrennte Sehnen und der Nerv. medianus vereinigt werden, aber der Patient erhielt eine durchaus gebrauchsfähige Hand.

(M. m. W. 1914 Nr. 26.)

Toxikologisches.

Ein Fall von Intoxikation nach Tetanusheilserum. Von Dr. Felix Boenheim (Aus dem Reservelazarett Bensheim). Patient wurde am 4. X. prophylaktisch mit 20 I.-E., enthalten in $3\frac{1}{8}$ ccm

Serum, subkutan gespritzt. In den folgenden Tagen trat geringer Juckreiz an der Impfstelle und später an der Brust auf, der sich auf Einreiben mit Thymolspiritus und auf indifferente Salbenverbände nicht besserte. Vielmehr nahm er im Laufe des 10. und 11. mächtig zu und breitete sich in der Nacht zum 12. über den Körper aus, so daß der Patient nicht schlafen konnte. Gegen 5 Uhr nachts stellte sich eine starke Defäkation ein, die ein sofortiges Nachlassen des Juckreizes mit sich brachte. Allerdings trat gleich darauf eine kurze Ohnmacht und ein Schwächeanfall, der einige Minuten anhielt, auf. Bald darauf fing der Juckreiz wieder von neuem an. Um 8 Uhr morgens konnte man am Kopfe, am Hals, am Rumpfe, an den oberen Extremitäten und an den Oberschenkeln unmittelbar unter der Beuge eine starke Urticaria sehen. Der Patient wurde mit lauwarmem Wasser, dem etwas essigsäure Tonerde zugesetzt wurde, abgewaschen. Dies bringt auch momentane Linderung, die aber nicht lange vorhält. Da der Juckreiz unerträglich wird, bekommt Patient im Laufe des Tages 4 cg Morphium. Der Puls ist klein; die Temperatur steigt bis 38°. Am nächsten Morgen ist der Juckreiz ganz verschwunden. Der Patient fühlt sich sehr matt und klagt über heftige Muskel-, Knochen- und Gelenkschmerzen. Wenn auch kein Glied verschont ist, so sind doch einzelne stärker betroffen, nämlich das rechte Schultergelenk (in den rechten Oberarm wurde das Serum injiziert), das Grundgelenk des rechten Daumens und die oberen Brustwirbel. Die Bewegungen sind natürlich stark behindert, so daß z. B. das Durchschreiten eines mittelgroßen Zimmers etwa 10 Minuten dauert. Nervenschmerzen fehlen. Acidum acetyl. salicyl. wie auch Anlegen der Bierschen Stauungsbinde bringen keine Besserung. Dagegen hilft Phönixbehandlung ein wenig. Nach 24 Stunden hat sich der Zustand so weit gebessert, daß nur noch Armbewegungen im rechten Schultergelenk schmerzhaft sind. Dagegen besteht noch allgemeine Schwäche. Der Puls beginnt voller zu werden. Dieser Zustand dauert etwa noch 4 Tage, und zwar bestand am längsten eine Schwäche der Wadenmuskulatur. — Es sei ferner noch bemerkt, daß von 4 mit demselben Serum gespritzten Personen nur eine noch über Juckreiz an der injizierten Stelle klagte, und zwar auch am 10. X., der aber auf die oben angegebene Behandlung schnell verging. Die übrigen merkten von der Injektion nichts. Wir haben es also mit einer schweren Intoxikation nach Anwendung von Tetanusheilserum zu tun. Ob es sich dabei um die Wirkung des spezifischen Tetanusantitoxins handelt oder um die des artfremden Eiweißes, ist a priori nicht zu entscheiden.

(B. kl. W. 1914 Nr. 52.)

Über die Gefahr einer Quecksilbervergiftung bei Zahnärzten hat H. Schulte (Würzburg) Untersuchungen angestellt. Resultat: Eine solche ist nicht vorhanden.

(Arch. f. Hyg. 1914 Bd. 83 H. 1.)

Letale Hämatoporphyrinurie nach Sulfonalgebrauch. Von Dr. Pförtner (Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen). Es handelte sich um eine Sulfonalvergiftung mit Hämatoporphyrinurie, die bereits nach höchstens 10 g Sulfonal, das zum Teil erst nach mehrtägiger Pause gegeben wurde, eintrat. Das Sulfonal wurde innerhalb von 9 Tagen verabreicht. Zwischen der letzten Gabe Sulfonal und dem ersten Auftreten der Hämatoporphyrinurie lagen 3 oder 4 Tage. Als erstes Warnungssignal trat die Verstopfung auf. Als weitere körperliche Erscheinungen folgten am Tage des Todes Erbrechen, schmerzhaftes Darmspasmen und Kollaps. Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Organe ergab außer einer fettigen Degeneration des Herzmuskels nichts von dem, was man sonst bei Hämatoporphyrinurie findet, insbesondere keine Zeichen einer Nierenaffektion und Pigmentierung. Der rasche Tod ist wohl zum größten Teil auf den durch die große Unruhe und die ungenügende Nahrungsaufnahme bereits geschwächten Körper und auf das stark angegriffene Herz zurückzuführen. (D. m. W. 1914 Nr. 31.)

Beitrag zur Atoxylamaurose. Von Sanitätsrat Dr. Macrocki (Potsdam). 63jährige, rüstige Frau ohne Kachexie, Infektionen und Intoxikationen erhielt innerhalb 9 Tagen 0,725 Atoxyl und wurde vollständig blind. Es ist die bis jetzt bekannte geringste Menge Atoxyl, nach der Erblindung erfolgte.

(B. kl. W. 1914 Nr. 44.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Wadenschüsse und deren Behandlung. Von Dr. E. Senger (Krefeld). Auch in günstigen Fällen entwickelt sich eine Kontraktion der Wadenmuskulatur, und es entsteht Plantarflexion des Fußes. Es bilden sich straffe Narben mit Verkürzung der Muskulatur, und so kann es zu schweren Spitzfußstellungen kommen. Mit bestem Erfolge hat Verf. dagegen die Tenotomie der Achillessehne angewandt. Die Dauer der Behandlung wird sehr verkürzt, die Wunden heilen sehr rasch bei so früh wie möglich gemachter Tenotomie. (D. m. W. 1914 Nr. 49.)

Zur Behandlung großer Weichteilverletzungen. Von Dr. Arthur Mueller-München. Um die Heilung derselben zu beschleunigen und die Wundränder von Anfang an möglichst einander zu nähern, verwendet Verf. den elastischen Zug. Er läßt Haken- und Haftenbänder, wie man sie fertig in Weißwarengeschäften kauft, auf ca. 5 cm breites Leukoplast aufnähen. An diesen Bändern sind in etwa 2 cm Entfernung Haken und Oesen abwechselnd befestigt. Diese Bänder klebt Verf. am Rande der Wunde, der größten Längsausdehnung derselben entsprechend, auf; durch die Ösen werden dünne Gummiringe geschlungen, wie sie zum Verschnüren von Paketen benutzt werden. Nachdem die Wunde wie üblich behandelt und mit Gaze bedeckt ist, werden die Gummiringe über die Haken an der entgegengesetzten Seite mit beliebig starkem Zuge befestigt. Hat die Wunde einen unregelmäßigen Umfang, so kann man durch Einkerbten des Leukoplastes demselben folgen. Verf. hat den Eindruck gehabt, daß der Verschuß dieser großen Substanzverluste hierdurch wesentlich beschleunigt wird. In bezug auf die Technik möchte Verf. betonen, daß das Band aufgenäht und daß es Leukoplast sein muß, da Bonaplast den starken Zug nicht aushält. Am geeignetsten sind Verletzungen in Rücken, Schulter, Gesäß und in der Längsrichtung des Ober- und Unterschenkels.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 51.)

Zur Technik des ersten Wundverbandes im Felde. Von Prof. Dr. Oberst (Freiburg i. Br.), Stabsarzt d. R. beim 2. Feldlazarett II. bayer. Armeekorps. Große Wunden, besonders Granatsplitterverletzungen, die oft große Rißquetschwunden machen, sind als infiziert anzusehen. Hier ist Perubalsam sehr zu empfehlen. Die Anwendung des Balsams ist die denkbar einfachste. Bei oberflächlich und gut klaffenden Wunden gießt man direkt aus einer Flasche einige Tropfen oder Kubikzentimeter der dicken Flüssigkeit auf alle Teile der Wunde und legt lockere Gaze auf. Sind Taschen und Höhlen vorhanden, oder klafft die Wunde nicht genügend, so zieht man die Ränder schonend mit Haken auseinander und sucht den Balsam in alle Taschen, Buchten, Gelenkhöhlen usw. zu bringen. Dann wird die Wunde locker austampont. Nähte sind natürlich verboten. Die Wunde bleibt offen. Dieses Verfahren hat sich Verf. im Frieden außerordentlich gut bewährt. Nicht nur die Quetschwunden der Finger und Hand, wie sie im Frieden nach Maschinenverletzung so häufig vorkommen, sondern auch komplizierte Knochenbrüche und Verletzungen großer

Gelenke heilten überraschend gut. Der poliklinische Betrieb konnte nach Einführung des Balsams vollkommen umgestaltet und vereinfacht werden. Denn es traten nicht nur keine Entzündungen mehr auf, sondern solche Perubalsamverbände konnten viele Tage, ja 1 bis 2 Wochen liegen bleiben, während unterdessen die Heilung normal voranging und eine Wundsekretion so gut wie ganz unterblieb. Verf. hat nach diesen guten Erfahrungen des Friedens den Perubalsam auch im Kriege angewandt. Er hat nicht nur Weichteilwunden damit beschickt, sondern ihn auch bei komplizierten Knochenbrüchen und Gelenkeröffnungen verwendet. Er hat auch nicht gezögert, bei Schädelstreifschüssen — Frakturprellschüsse und Furchenschüsse — nach Entfernung der Splitter und genügender Freilegung den Perubalsam direkt auf das verletzte Gehirn zu gießen. Soweit er die so behandelten Fälle verfolgen konnte, waren die Resultate gut; insbesondere glaubt Verf., daß gerade bei Gehirnverletzung die Entzündung der weichen Hirnhäute und der Hirnsubstanz selbst vermieden werden kann. Im übrigen wurde nach der Anwendung des Perubalsams die Wunde immer offen gelassen und zuerst eine Lage Verbandstoff mit Hilfe von Mastix und Stücken von Cambricbinden befestigt. Darüber kam dann nach Bedarf ein aufsaugendes Verbandkissen, das mit Binden oder Tüchern befestigt wurde. Je früher der Perubalsam angewendet werden kann, desto sicherer ist seine Wirkung. Verf. hat aber auch Wunden, die schon älter waren und wo abgestorbene verfärbte Muskelteile vorlagen, gerne mit dem Balsam imprägniert und versprach sich hier eine sekretionshemmende und desodorierende Wirkung. Stokum hatte seinerzeit vorgeschlagen, dem Verbandspäckchen der Soldaten eine kleine Tube mit Perubalsam beizufügen, und ist dieser Vorschlag bei der holländischen Armee auch verwirklicht worden. Der Vorschlag ist jedenfalls beachtenswert und wird sicherlich auch beim Notverband Gutes stiften. Wichtiger ist indes, daß bei der ersten ärztlichen Versorgung, die ja bei uns in der Regel recht frühzeitig einsetzt, Perubalsam zur Hand ist. Und da trifft es sich günstig, daß sowohl in der Sanitätsausrüstung der Sanitätskompagnien ein wenn auch nicht großer, so doch bei den Feldlazaretten ein reichlicher Vorrat (2600 g) dieses verzüglichen Mittels vorhanden ist. Wenn auch die Mitführung des Perubalsams zu ganz anderen Zwecken geschah, so kommt sie uns bei der Wundbehandlung nun außerordentlich zustatten. Zum Schlusse möchte Verf. noch erwähnen, daß Perubalsam vielfach gefälscht wird und nur der echte natürliche Balsam die heilsame Wirkung entfaltet.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 48.)

„Fraktionierter“ Gipsverband bei Schußfrakturen des Oberschenkels und Schenkelhalses. Von Prof. Dr. Ritter (Stabsarzt beim Feldlazarett 6, V. Korps. Von allen Schußfrakturen sind die des Oberschenkels die einzigen, bei denen die Anlegung eines Gipsverbandes im Felde große Schwierigkeiten bereiten kann. Lagerungsapparate, die freies Arbeiten am Körper und zugleich genügenden Zug und Gegenzug gewährleisten, fehlen auch in den Feldlazaretten und lassen sich in genügender Weise auch nicht leicht improvisieren. Die Esmarchsche Lagerung ist für die Verletzten wie Haltenden sehr beschwerlich und unzureichend. Verf. hat „fraktioniert“ eingegipst, und zwar zuerst in horizontaler, dann in vertikaler Lage des Beins. Zunächst wird der Verletzte auf den Tisch gelegt. Ein Wärter faßt das Bein und hebt es unter starkem Zug so hoch, daß man bequem einen Gipsverband um Knie und Oberschenkel bis zum Damm anlegen kann. Gegenzug am Becken ist in der Regel nicht nötig, natürlich aber leicht herzustellen. Nun wartet man, bis der Gips hart geworden ist. Dann wechselt man die Lage des Verletzten. Mitsamt dem Tuch, auf dem er liegt, wird er an den Rand des Tisches gezogen. Vorsichtig faßt er mit dem gesunden Bein auf dem Boden Fuß und stellt sich gerade hin, wobei er von 2 Wärtern unterstützt wird. Das verletzte Bein hängt dabei leicht abduziert herunter. Schnell wird jetzt der Gipsverband durch Umfassung von Becken und Hüfte vollendet, was bei Anwendung von Schusterspahn sehr beschleunigt werden kann. Nach Verf.s Erfahrungen kommt man mit einem Gipsverband, der unterhalb des Knies abschließt, aus, wenn man nur ordentlich ober- und unterhalb des Knies ihn anmodelliert. Auch im Frieden hat Verfasser sich mit diesem Verbands bei Oberschenkelschaftbrüchen ebenso wie bei Koxitis begnügt und den Patienten später darauf herumgehen lassen. Die Kondylen des Ober- und Unterschenkels bieten genügend Halt. Bei stärkerer Rotation des unteren Fragments ist ein Gipsverband, der den Fuß mitnimmt, natürlich erforderlich. In einfacher Weise kann man im Stehen auch einen Gegenzug anwenden, indem man einen mit Watte umwickelten Stab (Ledergut, Handtuch) am Damm anbringt, dessen Enden mit einem kleinen Flaschenzug verbunden sind, der über eine an der Decke befestigte Rolle läuft. Seit Verfasser sich des vorstehenden Verfahrens bedient, hat er keine Schwierigkeit mehr beim Anlegen des Gipsverbandes. Vor allem ist er so verhältnismäßig schmerzlos. Hält man die Narkose wegen des Allgemeinzustandes doch für ratsam, so kann man das Verfahren auch dann sehr gut anwenden. Man wartet nur mit dem Aufstellen des Patienten so lange, bis die Nar-

kose im Abflauen ist. Verf. hat so in 2 Fällen auch in Narkose eingegipst.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 48.)

Die Reinhaltung gefensterter Gipsverbände. Von Stabsarzt Prof. Dr. Trumpp. „Nach einigen Bemühungen ist es uns gelungen, durch eine unter allen Umständen ausführbare wasserdichte Abdichtung der Wunden den Verband dauernd rein und intakt zu erhalten. Sind die Wunden so gelagert, daß eine primäre Aussparung der Gipsfenster mit den bekannten Mitteln nicht möglich ist, so bezeichnen wir den Sitz der Wunden an den symmetrischen Stellen der gesunden Extremität mit Farbstift und schneiden dementsprechend nach Fertigstellung des Verbandes die Fenster aus dem noch nicht ganz erhärteten Gips aus. Die bequem zugänglich gemachten Wunden werden ebenso wie ihre nächste Umgebung gesäubert und etwa schon mit Blut und Eiter durchtränkte Teile der Polsterung entfernt. Danach wird so viel Watte unter die Ränder der Gipsfenster gestopft, daß die Polsterung unbeweglich festsetzt. Nun taucht man Wattestreifen von 10—15 cm Länge und knapp $\frac{1}{2}$ cm Dicke in verflüssigtes Paraffin von etwa 48° Schmelzpunkt. Brauchbares Paraffin kann man sich in einfachster Weise dadurch beschaffen, daß man gewöhnliche, überall käuflich erhältliche Paraffinkerzen zerschneiden und schmelzen läßt. Die mit dem Paraffin getränkten Wattestreifen werden mäßig stark ausgedrückt und der eine Rand ihrer Längsseite mit dem Stiel einer Pinzette oder dergl. 1—2 cm tief unter die Polsterung gestopft. Diese Arbeit geht leicht und rasch von statten, wenn man das Instrument von Zeit zu Zeit in heißes Wasser eintaucht. Bei Benutzung kalter Instrumente oder der Finger bleibt die paraffinierte Watte an diesen kleben und zerreißt. Die Breite der Wattestreifen richtet sich nach dem Abstand der Wunde von der Oberfläche des Gipsverbandes. Man wählt die Streifen so breit, daß sie das Gipsfenster um mehrere Zentimeter überragen. Der überragende Teil wird an die Außenseite des Gipsverbandes angestrichen. Ventral und dorsal liegende Wunden müssen ringsum abgedichtet werden (siehe unten!). Bei seitlich gelegenen Wunden genügt die Abdichtung der unteren Fensterhälfte. Die Kosten eines mittelgroßen Paraffinfensters betragen 10—15 Pfg. — Statt der Paraffin-Wattestreifen kann man auch Guttaperchastreifen verwenden. Sie werden zweckmäßigerweise etwas größer als erstere gewählt, da sie zu genügender Fixierung tiefer unter das Wattenpolster gestopft werden müssen. Die Abdichtung mit Guttapercha geht leichter und rascher vor sich als mit Paraffinwatte, doch ist

das Guttapercha teurer, wird auch vielleicht nicht von jeder Haut auf die Länge der Zeit vertragen (wir selbst haben allerdings bis jetzt keine schlechten Erfahrungen damit gemacht). Das Guttapercha ist unentbehrlich in solchen Fällen, in denen mehrere Fenster so nahe beieinander liegen, daß das die Wunde umgebende Wattepolster nicht immobilisiert werden kann. Paraffin ist unter solchen Umständen unbrauchbar, da es sich ohne genügenden Halt von der Haut wieder ablöst. Auch das Guttapercha erfüllt hier nur dann seinen Zweck, wenn es mit Chloroform an die Haut angeklebt wird. Man legt die Guttaperchastreifen ebenso in die Fenster ein wie die Paraffinwattestreifen, stopft den unteren Rand ihrer Längsseite genügend tief unter die Polsterwatte und bestreicht dann die angrenzende Haut (gegen die Wunde zu) etwa 1 cm breit mit Chloroform. Nun legt man die Streifen nach Bedeckung der Wunde über die bestrichene Hautpartie um und stopft neuerdings Watte dahinter, wodurch das Guttapercha auf die mit Chloroform bestrichene Hautpartie aufgepreßt und festgeklebt wird. Danach werden die Guttaperchastreifen wieder um den Gipsrand des Fensters umgeschlagen und ihre freien Ränder an der Oberfläche des Gipsverbandes mit Stärkebinden festgelegt. Die Arbeit darf nur mit Schere und Pinzette und nicht mit den Fingern verrichtet werden, einmal um keine Verunreinigung der Wunde zu setzen, zum anderen um zu verhüten, daß das klebrige Guttapercha sich zusammenknäuel und unbrauchbar wird. Noch kurz ein paar Ratschläge für besondere Fälle. Liegen zwei Wunden nur wenige Zentimeter voneinander entfernt und an einer Stelle, die keine besonders starke Resistenz des Verbandes erfordert, so wird man für beide Wunden ein gemeinsames Fenster anlegen. Weiter, will man für das Sekret einer ventral gelegenen, stark eiternden Wunde freien Abfluß schaffen („Offenwundbehandlung“ durchführen), so stellt man einen Tunnel unter dem Gipsverband mit dem Fenster der gewöhnlich benachbarten seitlichen oder dorsalen Ein- bzw. Ausschlußöffnung oder Gegeninzisionsöffnung her, indem man im Bereich dieses Kanals die Watte unter dem Gips entfernt und die Seitenwände mit paraffinierter Watte oder Guttapercha und Chloroform abdichtet. Auf besonders schwer erreichbare Stellen appliziert man zu vollkommener Abdichtung das flüssige Paraffin mit Hilfe einer Spritze. Es ist wohl überflüssig, alle Eventualitäten und Variationen der Abdichtungstechnik zu besprechen, da man bei einiger Uebung und Erfahrung, die jeder selbst erwerben muß, bald herausfindet, wie das gewünschte Ziel im einzelnen Falle zu erreichen ist. Wir glauben, die vorbeschriebenen Methoden der Wundabdichtung bei Gipsverbänden den Kollegen

mit gutem Gewissen empfehlen zu können. Sie sind nicht nur geeignet, den Verband sauber zu erhalten, sie ersparen auch viel Verbandzeug und Zeit beim Verbandwechsel. Endlich ermöglichen sie die Durchführung der neuerdings von Dr. M. Schede, Assistenten der orthopädischen Poliklinik in München, wieder empfohlenen und weiter ausgebildeten sogen. offenen Wundbehandlung, die auch nach unseren Erfahrungen bei stark eiternden Wunden mit nicht zu großer Wundoberfläche ausgezeichnete Resultate liefert.
(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 49.)

Sterile Schnellverbandsschiene. Von Dr. med. Felix Kraemer in Frankfurt a. M. Dieselbe besteht aus:

1. dem festen Material, der Pappschiene (bzw. anderem Material);

2. der Verbandkompressen, die durch die Schiene hindurch an letztere durch Haltebänder festgeknotet ist.

Es werden zweckmäßig bei den Schußfrakturen 2 Schnellverbandsschienen für die betreffende Extremität verwandt. An der einen Schiene werden die Haltebänder lang gelassen und dienen zur raschen Fixation beider Schienenverbände. In der Verpackung liegen beide Wattekissen fest aufeinander, so daß zur Anlegung der Schienenverbände nur die Außenflächen der Schienen an deren Haltemittel angefaßt werden. Die sterile Innenfläche der Schiene wird überhaupt nicht berührt. Danach gestaltet sich der Vorgang zur Behandlung z. B. einer komplizierten Schußfraktur mit Ein- und Ausschuß außerordentlich einfach: Die Schienenverbände werden an den Haltemitteln erfaßt, die Wattekompressen auf die beiden Wundflächen gedrückt und Schiene und Wattekompressen gleichzeitig durch die Haltemittel befestigt. Watteumwicklung und definitive Befestigung mit einer 10 m langen, 8—10 cm breiten Mull- bzw. Stärkebinde ist empfehlenswert, kann aber auch weggelassen werden. Im Bedarfsfalle können diese Schnellschienenverbände aus Pappe durch eine 1—2 cm breite Aluminiumschiene auf einfachste Weise dadurch verstärkt werden, daß die Aluminiumschiene durch die Knoten an der Außenseite der Pappschiene durchgeschoben wird. Auch können auf solche Weise mehrere kleine Schienen zu einer größeren zusammengeschoben, andererseits auch eine mittelgroße Schiene für Ellenbogen- sowie Fußgelenk zurechtgebogen werden. Die Vorteile dieser Schnellverbandsschienen sind vielfach:

1. Sie enthalten sterile Kompressen und Schiene zugleich.

2. Sie garantieren aseptische Anwendung, auch unter den ungünstigsten lokalen Verhältnissen.

3. Sie sind außerordentlich einfach in der Handhabung.
 4. Die Pappschienenverbände sind von Gewicht sehr leicht, selbst mit Aluminiumstäben.
 5. Die Zeitersparnis bei diesem Verfahren ist bedeutend.
 6. Die doppelte Schienenanwendung wirkt durch Kompression blutstillend, ohne daß die Gefahr einer Blutstauung besteht.
 7. Die Abnahme des Schienenverbandes gestaltet sich einfach.
- (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 51.)

Dr. Klar möchte nachdrücklichst vor der **Schienung der Schußbrüche mit Stroh** warnen. Er sah mehrere Fälle, die mit Stroh geschient waren, und zwar so, daß der dünne Verband durchblutet war und eine Verbindung hergestellt war zwischen Stroh und Wunde. Wenn da kein Tetanus entsteht, dann muß man sich ja geradezu wundern! Man hat doch jederzeit im Felde ein Gewehr und ein Seitengewehr zum Schienen zur Hand, wenn man sonst nichts hat.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 47.)

Moosscharpie. Von Sanitätsrat Dr. Hasenbalg (Hildesheim). Die schon mehrfach als Ersatzmittel für Gaze empfohlene Scharpie liefert in Verbindung mit Moospräparaten ein vorzügliches Verbandmittel. Gereinigtes Moos, sowohl das ganze, Stengel und Blätter, wie auch die Moosblätter allein sind aus Verbandmittelfabriken zu beziehen. Als solche sind Verf. bekannt: M. Marwede in Neustadt am Rübenberge, Prov. Hannover und Severin Immenkamp in Chemnitz-Hilbersdorf. 1 kg Moos kostet 70—90 Pfg., 1 kg Moosblätter 1.30—1.50 Mk. Moos ist sehr leicht, also 1 kg eine große Menge. Scharpie steht ja wohl überall kostenlos zur Verfügung, ob aus Baumwolle oder Leinen gezupft, ist gleichgültig. Ueber eine flache Schale — photographische Entwicklungsschale — wird ein entsprechend großes Stück Gaze gebracht, die Schale dann mit einer möglichst gleichmäßigen, fest zusammengepreßten Mischung von Moos und Scharpie angefüllt. Die freien Gazeenden werden über der Schale zusammengeschlagen und mit einigen Fadenstichen geheftet. Diese Moos-Scharpie-Kissen nehmen die 10fache Menge ihres Gewichtes an Wasser auf, saugen aber auch Blut und Sekrete in gleicher Weise gut auf und lassen sich vollkommen sterilisieren. Die Verwundeten werden mit ihrer Anfertigung in sehr zweckmäßiger Weise beschäftigt.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 47.)

Ueber Ortizon schreibt Sanitätsrat Dr. Rindfleisch (Weimar): „So gewagt es erscheinen mag, bei der Wundbehandlung unserer und der feindlichen Krieger eine Art Panazee zu empfehlen, möchte ich doch auf ein Präparat hinweisen, welches m. E. noch lange nicht den hervorragenden Platz in unserer Lazarett- und Feld-apotheke einnimmt, den es verdient. Ich meine das Ortizon der Firma Bayer & Co. Ich benutze dasselbe in Form des „Stiftes“ (mitunter auch des trockenen Pulvers) in meinem Reservelazarett mit seltenen Ausnahmen bei allen offenen Fleisch- und Hautwunden. Der Ortizonstift wird bekanntlich wie ein Höllensteinstift (in handlicher Fassung) verwendet, vor dem er aber u. a. den Vorzug der Sauberkeit genießt. — Uebelriechende und schmierige Wunden werden durch täglich einmaliges Bestreichen oft schon in wenigen Tagen geruchlos und bilden gesunde Granulationen. Die Schmerzhaftigkeit bei der Anwendung ist minimal. — Bei stark sezernierenden Schußwunden kann der Stift mit Erfolg tief eingeführt werden, ein Verfahren, das sich gut mit Durchspülung des Schußkanals mit 3%iger Wasserstoffsuperoxydlösung kombinieren läßt. Aus Sparsamkeitsrücksichten kann man sehr wohl einen Stift (nach kräftiger Abreibung) mehrmals verwenden, wenn man eine sonst einwandfreie Wunde vor sich hat. Wo hingegen der geringste Verdacht einer Infektionsgefahr besteht, ist selbstverständlich für jeden Fall ein neuer in Anwendung zu bringen. Zur nachherigen Bedeckung der Wunde verwenden wir, um den Watteverbrauch möglichst einzuschränken, neuerdings fast nur noch sterile Scharpie mit Gazeumhüllung und Zellstoff.“

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 49.)

Ueber Ortizon schreibt Prof. Dr. Walther, Chefarzt des Reserve-lazarettes I, Gießen: „Die Aerzte meines Lazarettes wollen den Ortizonstift in geeigneten Fällen gar nicht mehr entbehren. Auch in Wundhöhlen kann man den Stift unbesorgt einlegen, da er ja, im Gegensatz zu Höllenstein, nicht ätzt. In meinem Aufsatz über Wasserstoffsuperoxydpräparate erwähnte ich, daß ich Ortizon — ähnlich dem vortrefflich wirkenden Merckschen Zinkperhydrol — auch in Pulverform mit Zinc. oxydat. und Talkum verwenden ließ. Neuerdings hat mir die Firma Bayer & Co. ein in der Fabrik hergestelltes Ortizonstreupulver zu Versuchen zur Verfügung gestellt, so daß wir die Wirkung des Ortizonstiftes mit derjenigen des Trockenverbandes mit hydrophiler Gaze und dem desinfizierend wirkenden Ortizonpulver verbinden können. Die Wundheilung vollzieht sich ausgezeichnet unter dieser Kombination, so daß ich

beide Mittel — Ortizonstifte und das neue Ortizonpulver — aufs dringendste empfehlen möchte.“

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 50.)

Mastisolersatzmittel. Von Oberarzt d. R. Dr. Fiessler und Unterapotheker d. L. E. Bossert (aus dem Kriegsgefangenenlazarett Grafenwöhr). Nach ihren Erfahrungen halten Verff. folgende Lösung für die zweckmäßigste:

Resin. pin.	300,0
Äther	1000,0
Ol. lin.	10,0

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 50.)

Zur Anwendung der Jodtinktur. Von Prof. Dr. Wilhelm Herzog, Kgl. Bayer. Generalarzt à l. s., zurzeit Etappeninspektion 6. Armee. Verf. hat mehrfach Reizungen der Wunde und Dermatitis auftreten gesehen. Er steht nicht auf dem Standpunkt, daß Jodtinktur überhaupt nicht anzuwenden ist. Er bemerkt, daß man mit einem Jodanstrich am schnellsten eine genügende Desinfektion der Haut erzielen kann. Man soll sie aber mit äußerster Vorsicht anwenden, sie höchstens in 5% iger Konzentration nehmen und sie bloß einmal auftragen, ein öfteres Auftragen ist unnötig und schädlich. Stärkere Grade als 5% sind sicher zu vermeiden, da die Gefahr einer Dermatitis nahe liegt und dadurch großer Schaden für die Wundheilung angerichtet werden kann. Stärkere Grade und öfteres Auftragen gerben die Haut leicht, so daß sie schwerer zu durchschneiden und zu durchstechen ist. Man soll auch stets dafür sorgen, daß die Konzentration sich nicht ändert. Das Stehenlassen der Tinktur in offenen Schalen ist wegen der schnellen Verdunstung ganz zu vermeiden. Am besten ist es, mit kleinen Wattetupfern, die ähnlich den ohrenärztlichen Tupfern um einen kleinen Holzstab oder ähnliches gedreht sind, in die Flasche zu tauchen und letztere sogleich wieder zu verschließen, oder Pinsel zu verwenden, die am Stöpsel angebracht sind. In frische Wunden aber Jodtinktur zu bringen, ist vollständig zu vermeiden. Höchstens kann sie später bei Verjauchung oder zur schnelleren Abstoßung von nekrotischen Gewebsteilen beschränkte Anwendung finden.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 48.)

Der Jodspray. Von Dr. Dedolph (Reservelazarett II Aachen). „Der Jodspray hat folgende Vorteile: 1. Er spart sehr an Jod. Bisher wurde mehr als $\frac{4}{5}$ vom entnommenen Jod mit der Gaze fortgeworfen. 2. Er spart Gaze, da man keine gebraucht. 3. Er

läßt die Figur rein. 4. Er gestattet die Anwendung des Jods in allen Fugen und Höhlen der Wunden, die man mit der Gaze gar nicht erreichen kann. 5. Er erspart den Patienten Schmerzen, da man die Wunde nicht zu berühren braucht. 6. Derselbe kann auch bei der Desinfektion des Operationsgebiets vorteilhaft Verwendung finden. Ich habe einen Spray anfertigen lassen, welcher es gestattet, alle Körperstellen des liegenden oder sitzenden Patienten bequem erreichen zu können. Mit dem gewöhnlichen Spray ist dies nicht möglich, da er beim Schiefhalten versagt. Die Apparate sind gesetzlich geschützt und von der Firma Heinz, Aachen, Vinzenzstraße 15, zu beziehen. Jedem Apparat wird eine Gebrauchsanweisung beigegeben.“

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 50.)

Die Behandlung des subkutanen Hämatoms. Darüber schreibt Oberarzt Dr. O. Nordmann. (Aus dem Auguste-Viktoria-Krankenhaus Schöneberg.) „Zuweilen entsteht nach einer Verletzung durch stumpfe Gewalt eine Abhebung der Haut von der Faszie, die zunächst unbemerkt bleibt und nach einigen Tagen durch eine Blutansammlung kenntlich wird, so daß die bedeckende Haut wasserkissenartig eindrückbar ist. Bei dieser Verletzung muß in erster Linie eine sekundäre Infektion verhindert werden. Deshalb darf sie niemals mit feuchten Verbänden bedeckt werden, sondern die rasierte Haut wird ebenso, als wenn eine offene Wunde bestünde, mit Jodtinktur bestrichen und ein gut abschließender Schienenverband angelegt, der aber nicht spannen darf. Läßt die Resorption des Bluts lange auf sich warten, so wird das Hämatom an seinem oberen Rande unter allen aseptischen Kautelen mit einem dicken Trokar punktiert. Wenn sich das Blut als so eingedickt erweist, daß es die Oeffnung desselben nicht passieren kann, so wird ein kleiner Einschnitt gemacht, dieser mit Haken auseinandergehalten, und nun werden die Blutmassen vorsichtig herausgestrichen; dann wird die Wunde genäht und ein leicht komprimierender Verband angelegt. Wenn in der bedeckenden Haut eine kleinere oder größere Nekrose entsteht, so ist die aseptische trockene Behandlung ganz besonders sorgfältig durchzuführen, weil unter diesen Umständen leicht eine Infektion des Unterhautzellgewebes erfolgen kann. Die nekrotischen Hauptpartien werden erst nach völliger Demarkation mit gekochter Schere und Pinzette abgetragen. Beim Bestehen einer derartigen Hautnekrose darf die Entleerung der Blutmassen nur in weiterer Entfernung von ihr vorgenommen werden, und bei diesem kleinen Eingriff ist streng darauf zu achten, daß nicht das Hämatom von

der Nekrose aus infiziert wird. Wenn Temperaturerhöhungen und Schmerzen auftreten, die bedeckende Haut gerötet und druckempfindlich wird, kurz die Zeichen der akuten Infektion auftreten, so zaudern Sie nicht, dieselbe durch einen langen Einschnitt zu eröffnen, wie ich es später für die Behandlung der Phlegmonen beschreibe.
(M. Kl. 1914 Nr. 40.)

Indikationen für die subkutane Magnesiumsulfatbehandlung des Tetanus traumaticus. Von Dr. Walther Usener. Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Göttingen. Zusammenfassend ist zu sagen:

1. für die Indikationsstellung:

Das Magnesiumsulfat ist, subkutan verwendet, ein ausgezeichnetes, die tetanische Überregbarkeit und die Krämpfe herabsetzendes Mittel. Als solches ist es besonders berufen zur Bekämpfung der lebensgefährlichen Schluck- und Atemspasmen, zur Überwindung der Konsumptionsgefahr und der Asphyxie und zur Herabsetzung der Zahl und Intensität der Krämpfe. Als symptomatisches Mittel rechtfertigt es nur unter besonders günstig gestalteten klinischen Verhältnissen die sehr gefährliche intralumbale Applikation, deren Wirkungsdauer eine ebenfalls beschränkte ist.

2. Für die Anwendungsmethode:

Die Anwendung erfolgt beim Kind in 20—25%iger, beim Erwachsenen in 40—50%iger Lösung. Die Injektionen müssen suprafaszial gemacht werden, am besten so, daß mit einer mit Kochsalzlösung beschickten Kanüle auf die Faszie eingegangen wird, nach Probeinjektion die Spritze gewechselt, Magnesium eingespritzt und endlich unter Nachspritzen mit Kochsalzlösung aus der ersten Spritze zurückgezogen wird. Die Einzeldosis beträgt 0,15—0,18—0,2 pro 1 kg. Körpergewicht. Bei leichten Fällen können schon einzelne Injektionen nützen. Für die schweren Fälle und für die volle Wirkungsentfaltung des Magnesiumsulfats sind aber 3—4 kumulierende, in 2stündlichem Intervall gegebene Dosen erforderlich; zur Erhaltung der erreichten Wirkung genügen dann noch einige gleiche Dosen in 3stündlichem Intervall. Am folgenden Tag muß die gleiche Behandlungsmethode angewandt werden. Man sollte mit der Behandlung beginnen, sobald irgend schwerere Symptome auftreten, um von Fall zu Fall rechtzeitig das Optimum in der Dosierung gefunden zu haben. Durch Darreichung von Narkotika, besonders wo es aus psychischen Gründen indiziert ist, und für die Nacht kann die Magnesiumtherapie wirksam ergänzt und gesteigert werden.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 48.)

Zur Behandlung der Phlegmone im kontinuierlichen Bade.

Von Prof. Dr. Riehl. Verf. hat an Verwundeten sehr günstige Heilresultate mit dieser Therapie erzielt; sie ist bei gewissen progredienten Phlegmonen das rettende Heilverfahren. Verf. empfiehlt Aufstellung provisorischer kontinuierlicher Bäder. Es genügt dazu jeder Raum mit Warm- und Kaltwasserleitung oder die Aufstellung eines Warmwasserapparates und mehrerer gewöhnlicher, am besten emaillierter größerer Badewannen (mindestens 170 cm Länge). Die Wannen werden auf eine zirka 30 cm hohe Unterlage gestellt, ihr Boden mit Woldecken belegt und einige Roßhaarkissen als Stütze für den Oberkörper benützt. Es ist durchaus nicht notwendig, daß die Erneuerung des Badewassers kontinuierlich durch Zu- und Abfluß von entsprechend temperiertem Wasser erfolgt. Es genügt, nach mehreren Stunden den Inhalt der Badewanne zu erneuern, während inzwischen der Patient in eine zweite Wanne gehoben wird. Für den letzteren Zweck sind in den stabilen kontinuierlichen Bädern Hebevorrichtungen vorgesehen; im Notfalle genügt als Ersatz eine höchst einfache Einrichtung. Ein großes Leinentuch, das über die Decken in die Wanne eingebreitet ist, mittels dessen der auf dem Leinentuch liegende Patient leicht aus der Wanne gehoben werden kann. Zur Erzielung der richtigen Temperatur des Wassers, das ist der Wärmegrad, den der Patient als angenehm empfindet ($25-30^{\circ}\text{R}$), genügt die Uebung jedes Badedieners. Zur Vermeidung rascher Abkühlung des Badewassers wird die Wanne mit Brettern und Woldecken überdeckt. Eine solche, mit ganz geringen Mitteln zu schaffende kleine Station wird wohl an jeder chirurgischen Abteilung erreichbar sein und damit dem Platzmangel im Wasserbette, daß jetzt kaum den vierten Teil der gestellten Anforderungen entsprechen kann, rasch abhelfen. Eine in diesem Sinne im Allgemeinen Krankenhause errichtete provisorische Station mit fünf Betten ist stets belegt und hat sich in jeder Richtung bewährt. (W. kl. W. 1914 Nr. 47.)

Die Behandlung der Gasphlegmone mit Sauerstoffeinblasung.

Von Prof. Dr. Sudeck. Aus dem Allgemeinen Krankenhaus Barmbeck in Hamburg. Thiriar hat nach der Amputation in das gesunde Gewebe zirkulär eine Einblasung von Sauerstoff angewandt, um die Fraenkelschen Bazillen, die bekanntlich streng anaërob sind, an der Weiterentwicklung zu verhindern. Müller hat diesen Gedanken weiter ausgebaut und eine augenscheinlich schwere Gasphlegmone ohne Inzision und ohne Amputation dadurch zur Heilung gebracht, daß er die Umgebung sowohl

wie das erkrankte Gewebe selbst mit Sauerstoff tränkte (Chirurgenkongreß 1913). Diese Methode hatte Verf. mit ausgezeichnetem Erfolg angewandt. Unter fast 600 Verwundeten des Barmbecker Krankenhauses hatte Verf. drei Gasphlegmonen. Bei einem war bereits die Gangrän des rechten Armes bis über das Ellbogengelenk fortgeschritten, als er ankam. Er wurde hoch amputiert und der Stumpf und die Schultergegend mit Sauerstoff insuffliert. Er genas. Eine Knochenzerschmetterung mit verjauchter Wunde am Unterarme, bei dem das Oedem, das Knistern und die Hautverfärbung bereits bis zum Deltoideus vorgeschritten war, wurde ohne Inzision mit Insufflation sowohl des gesunden Gewebes oberhalb des erkrankten Gewebes als auch in den erkrankten Arm hinein behandelt. Die Einblasung wurde am nächsten und übernächsten Tage wiederholt. Beim dritten Falle handelte es sich um eine schwere Zerschmetterung des Oberarms mit einer verjauchten Wunde, die in derselben Weise behandelt wurde. Beide sind nicht nur mit dem Leben, sondern auch mit Erhaltung ihrer Gliedmaßen davongekommen. Die Methode ist außerordentlich einfach. Man schließt einen Schlauch mit einer dicken Kanüle unmittelbar an eine Sauerstoffbombe an und sticht die Kanüle unter die Haut und in die Muskulatur hinein. Das behandelte Glied läuft sofort stark auf. Verf. hat eine starke Spannung nicht gescheut und gefunden, daß die Spannung sehr bald durch Resorption des Sauerstoffs nachläßt. Das Sauerstoffemphysem bleibt aber in geringer Spannung noch etliche Tage bestehen. Es ist Verf. nicht zweifelhaft, daß diese frappanten Erfolge lediglich der Müllerschen Methode der Sauerstoffanwendung zu verdanken sind. Da die Gangrän sehr schnell eintreten kann, so ist es notwendig, die Sauerstoffeinblasung sofort bei Eintritt der Gasphlegmone anzuwenden. In dem letzten von Hamburg abgegangenen Lazarettzuge ist deshalb auch eine Sauerstoffbombe als Inventar mitgenommen worden. (M. Kl. 1914 Nr. 47.)

Die Therapie des Erysipels mit Antidiphtherieserum. Von Dr. Otto Polák, Primararzt im Bezirkskrankenhaus zu Böhmischem Brod. Die Resultate bei 105 Fällen zeigen, daß die Behandlungsmethode zu empfehlen ist. Allerdings muß man große Dosen anwenden (4000—5000 J.-E., event. am 2. Tage zu wiederholen). (M. m. W. 1914 Nr. 47.)

Furunkelbehandlung. Von Prof. Dr. Schüle in Freiburg i. B. „Jeder Furunkel läßt sich in den ersten 48 Stunden kupieren, wenn man nach vorheriger Anästhesierung mit 2% Novokain

(zuerst Quaddel, dann senkrechte Injektion in das Zentrum) die Mitte des Furunkels ausbrennt. Hierzu kann jede auf der Spirituslampe glühend gemachte Stricknadel benutzt werden; besser ist der Platinstift (Paquelin oder Elektrokaustik). Die einfache Stricknadel genügt aber. Man steckt sie durch einen Kork, der als Handgriff dient. Zur Vorbeugung weiterer Furunkel empfiehlt sich Abseifen der Haut, Einreiben mit Alkohol, Betupfen verdächtiger Pusteln mit Jodtinktur, vor allem aber das frühzeitige Ausbrennen neuer Infektionsstellen. Auch bei dem vollentwickelten Furunkel ist das Ausbrennen des Pfropfes der Inzision vorzuziehen. Der Abfluß des Eiters geschieht sehr prompt, die Hyperämie wirkt im Sinne Biers der Infektion entgegen. Wichtig ist, daß man mit möglichst wenig Novokain auskommt. Die Infiltration geschieht mit der gewöhnlichen Rekordspritze und möglichst dünner Nadel. Enthaarung der Umgebung und Einfettung ist zweckmäßig.“
(D. m. W. 1914 Nr. 48.)

b) Innere Krankheiten.

Subkutane Infusionen 5% iger Kochsalzlösung als Therapie der Cholera asiatica. Von Dr. Emil Prasek, Vorstand des sero-bakteriologischen Institutes der bosn.-herzog. Landesregierung in Sarajevo. Alle Patienten ohne Ausnahme erhielten sofort bei der Einlieferung Tinctura jodi, und zwar 3 Tropfen in 3 Esslöffeln Wasser 4—5 mal täglich. Die Jodtinktur stillt in den meisten Fällen das furchtbare Erbrechen. Eine wesentliche Beeinflussung der Mortalität bei ausschließlicher Jodbehandlung konnte mit Sicherheit nicht festgestellt werden. Es starben ungefähr 50 von 100. In 40 Fällen, darunter sehr vielen schweren — scheinbar verlorenen — ging Verf. wie folgt vor: Ein halbes Liter einer 5% igen, sterilen, auf ca. 37° erwärmten Kochsalzlösung wurde unter die Bauchhaut infundiert. Dieser Eingriff wurde nach ca. 6 Stunden wiederholt und in einigen Fällen auch noch am folgenden Tage eine dritte Infusion vorgenommen. Ferner erhielten die Patienten mehrere subkutane Injektionen von Coffein. natr. benzoic. in jedesmaliger Dosis von 0,2 g. Sobald sich der Puls gebessert hatte, brachte Verf. die Patienten in ein heißes Vollbad und ließ die Extremitäten kräftig massieren. Schon nach der ersten Infusion erholten sich meist die Patienten. Der Gesichtsausdruck änderte sich, die Zyanose schwand, der Puls wurde tastbar, die Krämpfe nahmen an Intensität ab oder verschwanden, die Diarrhöen sistierten, und manchmal schon am zweiten, gewöhnlich am dritten Tage trat geformter, normal gefärbter Stuhl auf. Die Diurese stellte sich in vielen Fällen rasch wieder ein.

Die Patienten fühlten großen Durst und konnten jetzt große Mengen Flüssigkeit (Kronendorfer: Potus citri) zu sich nehmen und behalten. Die Resultate waren überraschend. Während bei unbehandelten Fällen die Mortalität 50—60 % betrug, starben von den in der geschilderten Weise behandelten (ca. 40 Fälle) nur 18—20 %. Daß es die große Konzentration der Lösung ist, die den Erfolg bedingt, beweist folgende Beobachtung: Es wurde mißverständlich bei einer Reihe von Kranken eine nur 1 % ige Lösung injiziert — ohne jeden Erfolg. Wie wichtig es ist, die Infusion sehr früh nach dem Krankheitsbeginn durchzuführen, beweisen drei Fälle von Hausinfektionen (Pflegepersonal), die nach den ersten Beschwerden sofort der erwähnten Therapie unterzogen wurden und nach wenigen Tagen genasen, ohne daß es zur Entwicklung eines Kollapszustandes gekommen wäre. — Technik des Verfahrens. In einem Liter destillierten Wassers werden 50 g Kochsalz gelöst, filtriert, im Dampftopf oder durch $\frac{1}{4}$ stündiges Kochen über freier Flamme sterilisiert. Die Infusion wird aus einem sterilisierten Irrigator, an dessen Schlauch ein dünner Troikar angebracht ist, durchgeführt. Es genügt eine Druckhöhe von $\frac{1}{2}$ —1 m. Die Flüssigkeit soll ungefähr 37° warm sein. Man infundiert auf einmal einen halben Liter. Um der Entwicklung von kleinen Hautnekrosen vorzubeugen, soll die Infusion tief in das subkutane Fettgewebe der Bauchhaut (Oberschenkel, Brust) erfolgen. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 50.)

Ueber die Anwendung des Kaliumpermanganats bei Cholera. Von Stabsarzt Dr. Egon R. v. Frenzl (Leiter eines Epidemiespitals auf dem östlichen Kriegsschauplatze). „Bei jedem sicher festgestellten Cholerakranken wurde ausnahmslos als einziges internes Therapeutikum das Kaliumpermanganat in verdünnter Lösung (0,1 : 1000) als Labemittel zur Durststillung und als bakterizides Agens mit einem geradezu eklatanten und in keinem Falle versagenden Erfolge angewendet. Das fürchterlich erschöpfende und profuse Erbrechen hörte schon nach dem Genusse einiger Eßlöffel der Kaliumpermanganatlösung gänzlich auf, und in 24 Stunden war auch die Zahl der Stuhlentleerungen bedeutend reduziert. Der therapeutische Wert des Permanganats war natürlich nur in solchen Fällen von dauerndem Erfolge, bei welchen die Intoxikation durch das Choleravirus noch nicht weit vorgeschritten war. Das Hypermangan wurde trotzdem in jedem Falle ohne Ausnahme angewendet, weil man nicht immer aus dem äußeren Bilde, aus dem objektiven Befunde auf den Grad der Choleraintoxikation richtig schließen konnte. So wurden z. B. sehr oft Fälle beobachtet, die

bei ihrer Einlieferung ins Spital am Abend sich in einem direkt komatösen Zustande befanden — Benommenheit, verzerrter Gesichtsausdruck, schwacher, kaum fühlbarer Puls, kalte Extremitäten, kolikartige Schmerzen im Abdomen, Erbrechen, Wadenkrämpfe usw. — und die über Nacht bei Wärme und nach Darreichung von Permanganatlösung (alle Viertelstunden einen Schluck) sich vollkommen erholt hatten. Vor allem hörte das Erbrechen auf, der Puls war fühlbar, die Kranken waren bei der Morgenvisite bei klarem Bewußtsein und konnten als „außer Gefahr“ klassifiziert werden, wie der weitere Verlauf es bewies. War jedoch der Grad der Intoxikation ein hoher, der Krankheitsprozeß zu destruktiv, so stellte sich alsbald der Exitus ein. Auf Grund dieser Erfahrungen halte ich das Kaliumpermanganat für ein hervorragendes und prompt wirkendes Mittel gegen das Choleraerbrechen und glaube, daß seine Oxydationskraft direkt gegen die Cholerabazillen deletär wirkt. Daher wäre die Anwendung des Permanganats bei Cholera nicht nur als Therapeutikum bei jedem Falle unbedingt angezeigt, sondern auch als Prophylaktikum bei Erscheinungen seitens des Magens, wenn dieselben anfänglich nur ganz leichter Natur sind. Die Truppenchefsärzte könnten schon im Felde bei geeigneten Fällen die Hypermanganlösung, wie oben angegeben, anwenden.“
(W. m. W. 1914 Nr. 48.)

Bemerkungen zur Behandlung des Typhus abdominalis.
Von Privatdozent Dr. L. Jacob (Würzburg), zurzeit Gouvernementslazarett Lille. „Das Ziel der medikamentösen Behandlung ist nicht, das Fieber völlig zu unterdrücken oder möglichst tiefe und langdauernde Remissionen zu erzeugen, sondern ein gleichmäßiges Neutralisieren der mit hohem Fieber einhergehenden toxischen Wirkungen der Infektion. Dies erreicht man, wenn man kleine Dosen des Pyramidons gleichmäßig auf den ganzen Tag verteilt. Wenn man die gewöhnliche Dosis von 0,3 g 3—4 mal am Tage gibt, so entstehen allerdings bei vielen Kranken tiefe Remissionen mit starkem Schweißausbruch, die den Patienten sehr belästigen und schwächen, oft gefolgt von raschem Ansteigen der Temperatur unter Schüttelfrost und stärkerem Krankheitsgefühl. Das Unruhige, Sprunghafte dieses Verlaufes verschwindet aber ganz bei richtiger Dosierung: wir gaben 2 stündlich 0,1 g (Pyramidon 2,0, Sirup. simpl. 20,0 Aqua dest. ad 200,0) beginnend um 6 Uhr morgens bis einschließlich 12 Uhr nachts, so daß $10 \times 0,1$ g in 24 Stunden verbraucht wurden. Daraufhin fiel das Fieber in fast allen Fällen prompt um 1—2° ab und zeigte auch weiter einen ganz milden Verlauf. Die Erscheinungen des „Status typhosus“, Unruhe, De-

lirien, Kopfschmerzen, schweres Krankheitsgefühl, verschwanden in kurzer Zeit, das Sensorium hellte sich auf, die Kranken nahmen wieder Anteil an der Umgebung, boten oft sogar das Bild von Rekonvaleszenten. Das Fieber hält sich dabei mit geringen Schwankungen um 38° , erreichte bei einzelnen mehrmals auch höhere Werte ($39,0$ — $39,5^{\circ}$ rektal), ohne aber den geschilderten Allgemeineindruck zu verändern. Man kommt in der Mehrzahl der Fälle mit 10 mal $0,1$ g aus, nur bei einzelnen Kranken mußten wir die Dosis auf 10 mal $0,15$ g erhöhen, mehr haben wir niemals gegeben. Auf diese Weise haben wir 30 Kranke 10—20 Tage, 15 Kranke 21—35 Tage, einen 41 Tage unter Pyramidonwirkung gehalten; im ganzen haben wir 80 Patienten so behandelt mit einer Mortalität von 10 Proz. Die Todesfälle waren bedingt 4 mal durch Darmblutung, 2 mal durch diffuse Peritonitis, einmal durch zirkumskripte Peritonitis mit Herzschwäche und durch kruppöse Pneumonie. Selbstverständlich erhielten die Kranken daneben entsprechende Diät, es wurden auch kühle Abwaschungen gemacht und Priessnitzsche Umschläge angewandt, aber keine Bäder. Schädliche Wirkungen des Pyramidons haben wir niemals gesehen; besonders haben zahlreiche Untersuchungen gelehrt, daß der Blutdruck, überhaupt die Herztätigkeit, durch das Mittel in dieser Dosierung unbeeinflußt blieb. Blutungen bilden keine Kontraindikation; nur wenn sie zu starkem Temperaturabfall und hoher Pulsfrequenz führten, haben wir das Pyramidon ausgesetzt. Im übrigen waren wir froh, gerade bei dieser Komplikation ein Mittel zu besitzen, das die oft große Unruhe des Kranken beseitigte und so zur Heilung beitrug. Leichte und mittelschwere Fälle ohne Somnolenz, ohne schwerere Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes brauchen kein Pyramidon; ebensowenig wie sie eine systematische Bäderbehandlung brauchen. Aber es ist klar, daß bei Epidemien, unter mangelhaften äußeren Verhältnissen, bei Ueberlastung des Wartepersonals, kurz überall wo sich der Bäderbehandlung oft unüberwindliche Hindernisse entgegenstellen, die geschilderte medikamentöse Behandlung von unschätzbarem Werte ist. Unter solchen Umständen werden vielleicht auch verschiedene Anhänger der Bäderbehandlung zu dem Mittel greifen, und vielleicht ergeht es dann manchen wie uns an der Straßburger Klinik, wo wir nicht zur Bäderbehandlung zurückgekehrt sind, nachdem wir gesehen hatten, daß die Erfolge des Pyramidons nicht geringer waren.“
(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 47.)

Ueber Typhusschutzimpfung. Von Prof. H. Kossel (Direktor des Hygienischen Instituts der Universität Heidelberg). „Der fertige

Impfstoff wird erstmals in der Menge von 0,5 ccm, d. h. etwa $\frac{1}{8}$ Oese Typhusbazillen eingespritzt, am besten unter die Haut der Brust unterhalb des linken Schlüsselbeins in der Mitte zwischen diesem und der Brustwarze. Die früher angewandte Einspritzung unter die Haut des Vorderarms empfiehlt sich nicht wegen der dabei beobachteten starken örtlichen Reizerscheinungen. Nach 6—10 Tagen wird die Einspritzung mit 1,0 ccm des Impfstoffs auf der gegenüberliegenden Brustseite vorgenommen und nach weiteren 6—10 Tagen an einer anderen Hautstelle der Brust wiederholt, so daß jeder Impfling 3 mal Einspritzungen erhält. Die günstigste Tageszeit ist der frühe Nachmittag, damit die Reaktion in die Nachtstunden fällt. Vor der Oeffnung ist der Inhalt der Flasche gut durchzuschütteln, da die Bakterienleiber, auf deren Einverleibung es ankommt, sich beim Stehen zu Boden gesenkt haben. Die Einspritzung muß unter den Vorsichtsmaßregeln der Keimfreiheit erfolgen; für jeden Impfling muß eine frisch ausgekochte Kanüle benutzt werden, was leicht durchzuführen ist, wenn man mehrere Kanülen zur Verfügung hat und ein Gefäß mit siedendem Wasser neben sich stehen hat. Die Reaktion auf die Impfung ist örtlich und allgemein. Die örtliche Reaktion besteht in einer Rötung und Druckempfindlichkeit an der Impfstelle, die sich nach einigen Stunden einstellt und nach 24—48 Stunden abgelaufen ist, die allgemeine kann völlig fehlen oder in Temperatursteigerungen leichten Grades bestehen, die meist nach etwa 24 Stunden abgeklungen sind. Nach Fornet befördert Alkoholgenuß am Tage der Impfung die Reizwirkung und ist daher zu vermeiden. Der Grad der Reaktion schwankt bei verschiedenen Personen, die mit dem gleichen Stoff geimpft sind. Der Impfstoff wird in Fläschchen von 5, 10, 15, 30, 50, 70 und 100 ccm Inhalt abgegeben, die mit Gummistopfen und Paraffinüberzug des Stopfens verschlossen sind. Am besten wird der Inhalt des Fläschchens auf einmal aufgebraucht. Soll der Impfstoff nach Oeffnung der Flasche aufgehoben werden, so muß der Stopfen sorgfältig vor Berührung mit nicht keimfreien Gegenständen (Tischplatte) geschützt werden. Bis zur Verwendung müssen die Flaschen kühl und dunkel, vor Staub geschützt aufbewahrt werden. (Gläser und Gummistopfen sollten möglichst dem Institut zurückgesandt werden.) Wie lange der Impfschutz gegen Typhusinfektion anhält, ist nicht leicht zu ermitteln. Man rechnet mit einer Dauervon etwa einem Jahre. Manche nehmen eine Schutzwirkung von zwei Jahren und mehr an.“ (B. kl. W. 1914 Nr. 48.)

Bolus alba hat Marine-Stabsarzt Dr. v. Wilucki bereits 1905 bei 3 Cholerakranken mit sehr gutem Erfolge angewandt,

ebenso bei einigen Fällen von bazillärer Ruhr. Jüngst hat er bei 2 Paratyphuskranken diese, die zwar keine klinischen Symptome mehr boten, aber noch Bazillenträger waren, von ihren Krankheitserregern befreit.

(Feldärztl. Beil. zur M. m. W. 1914 Nr. 49.)

Beitrag zur Beurteilung des Agobilins als Prophylaktikum. Von Dr. Th. Horn (Altrip). Das Mittel vermochte zweifellos, rechtzeitig genommen, das Stadium der Latenz wesentlich auszudehnen und leistete in den Anfangsstadien des Gallensteinleidens gute Dienste.

(Zbl. f. Ther. 1914 Nr. 4.)

Erfahrungen mit Digifolin. Von A. Peiper (II. Mediz. Klinik der Charité in Berlin). Verf. hat 50 Patienten mit Digifolin behandelt. Es wurde die Verabreichung in Tablettenform gewählt, die sich zu ambulanter Behandlung am meisten eignet. (Eine Tablette entspricht 0,1 Digit. titr.) Zur Behandlung kamen die verschiedensten Formen von Herzklappenfehlern, Herzmuskelerkrankungen, Herzinsuffizienzen und sekundären Herzstörungen (besonders durch Schrumpfnieren). In allen Fällen handelte es sich um leichter erkrankte Patienten; sie wurden daher mit relativ geringen Dosen behandelt, die sie dann häufig längere Zeit hindurch nahmen. Nicht selten wurde auch anfangs eine stärkere Dosis angewandt und mit einer schwächeren fortgefahren. Außerdem wurde den Patienten eine kochsalzarme, fleischfreie Diät angeraten und auch sonst die bei Herzkranken üblichen Verhaltensmaßregeln gegeben. Es wurden besonders die subjektiven Beschwerden der Patienten, die sie zur Behandlung geführt hatten, in Betracht gezogen, ebenso der Puls, die Herzerscheinungen kontrolliert. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl trat eine deutliche Besserung auf Digifolin ein. Der Umstand, daß die Patienten schon auf relativ kleine Dosen gut reagierten, zeigt wohl besonders deutlich, daß das Präparat gut dosiert ist. In der Regel wird es ohne weiteres genommen und gut vertragen, es hat nur in 1 von 50 Fällen sichere Reizerscheinungen des Magendarmkanals hervorgerufen. Das Präparat ist also in seiner Wirksamkeit den Fol. digit. titr. für chronische Anwendung in mancher Beziehung überlegen und steht in keiner Beziehung nach.

(D. m. W. 1914 Nr. 25.)

Erfahrungen mit Lipojodin-Ciba. Von Dr. Max Schmidt. (Aus den inneren Abteilungen der städt. Krankenanstalten zu Potsdam.) Ordination: Tabletten zu 0,3 g. Recht gute Erfolge bei Arteriosklerose (gewöhnlich nur 1—2 Tabletten tägl.), bei Asthma

bronchiale, bei subakutem und chronischem Gelenkrheumatismus (2—3 Tabletten pro die), Prostatahypertrophie usw. Lipojodin ist ein angenehm zu nehmendes Jodpräparat, welches trotz seines relativ hohen Jodgehaltes (41 Proz.), bei langsamer Resorption, günstiger Organspeicherung infolge seiner polytropen Eigenschaften und gleichmäßigen protrahierten Ausscheidung in den zweckmäßigen therapeutischen Dosen nie die Symptome von Jodismus auftreten läßt und als vollwertiger Ersatz der bisher immer noch häufig angewandten Jodalkalien gelten kann. (M. m. W. 1914 Nr. 28.)

Als gutes **Bandwurmmittel** empfiehlt Dr. J. Baruch (Berlin) das **Filmaron**, das sich gut nimmt, keine toxische Wirkung hat und sicheren Effekt erzielt. (D. m. W. 1914 Nr. 33.)

Das F. F. Friedmannsche Heil- und Schutzmittel zur Bekämpfung der Tuberkulose. Von Dr. Paul Wichmann, leitendem Arzt der dermatologischen Heilanstalt der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte und der Lupusheilstätte Hamburg. Wenn Verf. nach dem vorliegenden Tatsachenmaterial sich über den therapeutischen Wert des Friedmannschen Mittels zusammenfassend äußern soll, so haben wir es mit einem Mittel zu tun, dessen wissenschaftliche Begründung noch nicht völlig gegeben ist, welches auch, abgesehen von der Verunreinigung mit pathogenen Keimen, unter Umständen eine Schädigung im Sinne einer Aktivierung und Propagierung einer bestehenden Tuberkulose hervorrufen kann, dessen Schutzwirkung gegen Tuberkulose in keiner Weise erwiesen, dessen Heilwirkung möglich ist. Es erscheint nach dem heutigen Stande der Sachlage nicht angebracht, dasselbe als Schutzmittel oder als anerkanntes Heilmittel in den Heilstätten einzuführen; Mittel und Methode stehen noch durchaus im Stadium des Versuches, der ohne Aufklärung und Einwilligung der Kranken nicht zu unternehmen ist.

(B. kl. W. 1914 Nr. 22.)

Behandlung des Lungenödems. Von Prof. Dr. Grober (Jena). Vor allem: Herztätigkeit anregen. Dazu nötig, dreist Kampferöl zu injizieren (alle 10 Minuten 3 mal hintereinander 1 ccm, dann alle halbe Stunden so weiter, bis 8—10 ccm verabfolgt sind.) Zweckmäßig subkutane Injektion der Koffeinsalze (von 10—20 % igen wäßrigen Lösungen mehrmals hintereinander in $\frac{1}{2}$ stündlichen Pausen 1 ccm). Zu empfehlen: abwechselnd Kampfer und Koffein! Gut ferner Digitalis (intravenös z. B. Digalen, Digitalis-Dialysat), vor allem Strophanthin (1 mg). Haus-

mittel: starker Kaffee und Teeaufgüsse. Bei Vollblütigen: Aderlaß. Nur wo starke subjektive Beschwerden vorliegen: Narcotica (Morphium, Pantopon). (D. m. W. 1914 Nr. 22.)

Ueber die Anwendung kleiner Salvarsandosens bei sekundären Anämien und Ernährungsstörungen. Von Dr. Kurt Kall (aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Freiburg i. Br.). Auf Grund seiner Erfahrungen kann Verf. in allen Fällen von sekundären Anämien jeder Art und leichten Tuberkulosen Salvarsan bzw. Neosalvarsan in kleinen Dosen von 0,05 bzw. 0,075 als eine einfache und gefahrlose Arsentherapie zur Hebung des Körpergewichtes, des Blutbildes und des subjektiven Wohlbefindens auch dem Praktiker warm empfehlen. Die Gesamtzahl der nötigen Injektionen beträgt 10—15; event. ist nach Pause von einigen Wochen die Kur zu wiederholen. Auch mit diesen kleinen Dosen führen wir dem Körper relativ große Mengen Arsen zu. Es scheint nun, daß auf die plötzliche intravenöse Einverleibung solcher Arsenmengen, besonders in der Form des Salvarsans, der Organismus und die blutbildenden Zellen besser reagieren als auf innerliche und subkutane Einführung, wobei die Resorption nicht nur unsicher, sondern auch weit langsamer erfolgt. Als hauptsächlichsten Vorteil der Methode möchte Verf. die leichte Technik — auch von Ungeübten ist die Injektion in wenigen Minuten ausführbar — hervorheben. Betonen möchte er noch besonders das Ausbleiben von Störungen der Verdauung, wie wir sie bei längerer interner Darreichung von Arsenpräparaten sehen, oder von Schmerzen nach subkutaner Injektion. (M. m. W. 1914 Nr. 27.)

Die Reizwirkungen der Röntgenstrahlen und ihre therapeutische Verwendung bei Chlorose. Von Dr. Manfred Fraenkel (Berlin). Darniederliegen der Funktion der Ovarien ist nach Verf. Ursache der Chlorose. In 5 Fällen konnte er durch wenige Reizbestrahlungen ohne jede andere Medikation den Blutbefund erheblich bessern. (Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 26.)

Erfahrungen mit radiumhaltigen Badekapseln. Von Dr. Herzberg (Berlin). Die von der Fabrik Dr. Schweitzer & Co. hergestellten Radiozon-Badekapseln haben sich bei Rheumatismen, bei Abdominalschmerzen (auf alten Entzündungsprozessen der Appendix, der Genitalorgane usw. beruhend), bei zystischen Beschwerden gut bewährt. Selbstredend wird man je nach der

Schwere des Falles jedesmal die genügende Dauer und Intensität der Behandlung bestimmen müssen und die eventuelle Wirkung der Bäder durch gleichzeitige Trinkkuren radioaktiver Wässer bzw. Einnehmen radiumhaltiger Präparate unterstützen müssen. Um eine erfolgreiche Behandlung auf diesem Wege durchzuführen, scheinen gerade die Radiozonpräparate (Radiozontabletten, Radiozonwasser, Radiozonampullen, Radiozonkompressen), speziell die die Radiozon-Badekapseln, geeignet zu sein, im Vergleich zu vielen unzuverlässigen auf den Markt geworfenen Präparaten, da sie tatsächlich trotz ihres niedrigen Preises Radiumspuren enthalten, die dauernd eine genügende wirksame therapeutische Emanation bedingen. (Zschr. f. Baln. 1914 Nr. 4.)

Bemerkungen über mechanische Mittel zur Behebung der Impotenz. Von Dr. Georg Flatau, Nervenarzt in Berlin. Bisher ist eine brauchbare und unschädliche Vorrichtung dieser Art nicht vorhanden; auch der zuletzt empfohlene Apparat „Virility“ ist nicht zu gebrauchen. (D. m. W. 1914 Nr. 32.)

Adalin im Hochgebirge und in heißen Ländern. Von A. Masarey (München). Bei einem Aufenthalt in Aegypten und einer Besteigung der Sierra Nevada lernte Verf. die Vorzüge des Mittels kennen, das sich bei der Schlaflosigkeit gut bewährte und für die erste Zeit der Akklimatisation in der Wüste warm zu empfehlen ist. Auch bei drohender Bergkrankheit ist Adalin zu versuchen. (M. m. W. 1914 Nr. 28.)

Klimatotherapie im Kindesalter. Von Hecker. Ueber die Indikationen für die Klimatotherapie bei Kindern schreibt Verf.: Gesunde Kinder sind — wenigstens subjektiv — durchaus nicht so empfindlich für das, was wir gute und schlechte Luft nennen. Sie gedeihen schließlich überall da, wo die Luft rein und frei von extremen Einflüssen ist. Es ist daher ganz gleichgültig, wohin wir Kinder schicken, bei denen es nur auf einen Wechsel des Milieus und die Entfernung aus der Großstadt ankommt. Wollen wir mit dem Klima irgendwie positiv wirken, dann können nur Orte in Betracht kommen, wo einer der klimatischen Faktoren oder mehrere stärker vorhanden sind (Sonne, Wind, Höhe usw.). Um einzelne Erkrankungsformen herauszugreifen, so ist z. B. für Rachitiker, wo wir den Stoffwechsel angreifen wollen, etwas Wind oder Höhe neben der unentbehrlichen Sonne erwünscht. Vielleicht ist richtiges Höhenklima sogar sehr nützlich; mir fehlen darüber Erfahrungen. Bei Rachitikern stehen auch gewöhnlich gar nicht

die Mittel zur Verfügung, die ein Aufenthalt in der Höhe erfordert. Daß das Höhenklima an sich bei Kindern kontraindiziert ist, gilt noch vielfach als Axiom, wird aber von Kennern mehr und mehr und wohl mit Recht bestritten. Für nicht zu vorgeschrittene Anämien und Chlorosen kommt es sicher in Betracht, ebenso wie für Kinder mit tuberkulösen Bronchialdrüsen, für die Prophylaktiker und für die lymphatischen und exsudativen. Dabei ist allerdings zu bedenken, daß für Kinder aus der norddeutschen Tiefebene ein Aufenthalt im bayrischen Vorland schon ebensoviel Höhenklima bedeutet wie für Münchener Kinder ein Aufenthalt in 1100 oder 1200 m Höhe. Auch für viele Nervöse ist die Höhe sicher zuträglich, da sie offenbar auch auf die ganze Psyche, speziell die Willensenergien einen günstigen Einfluß ausübt. Wirkliche Kontraindikationen gegen das Hochgebirge sind naturgemäß alle Zustände, die den starken Anforderungen, welche die erhebliche Belastung aller Körperfunktionen an den Organismus stellt, von vornherein nicht gewachsen sind. In solchen Fällen wären bedenkliche Rückschläge zu erwarten.

(Zschr. f. phys.-diät. Ther. 1914 Nr. 1.)

Apparate und Instrumente.

Eine Transportschiene für Hüftgelenkverletzungen und Oberschenkelfrakturen. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. Franz in Berlin. Es handelt sich um eine starre, 90 cm lange Vorderschiene, die von Nabelhöhe bis unter das Kniegelenk reicht. Die unteren $\frac{2}{3}$ gleichen der Hohlrinne der Volkmannsche Schiene, das obere Drittel ist ein flaches, 14 cm breites, 34 cm langes Bauchstück, welches sich auf Bogenlinien an den unteren gewölbten Teil ansetzt. Die Schiene besteht aus Stahlblech und ist 1070 g, also um 1000 g leichter als eine Volkmannsche Schiene. Sie ist eine Einheits-schiene, da sie für Körpergröße 156—190 cm paßt. Der Hauptvorteil liegt darin, daß sie den Verbindenden zwingt, das Hüftgelenk und Kniegelenk zu fixieren. Sie kann also auch vom Laien angelegt werden. Zu ihrer Anlegung sind nur 2 Hilfskräfte notwendig, an Verbandsmaterial braucht man außer dem Wundverband 4 Rollen graue Watte und höchstens 6 breite Mullbinden. Die Schiene hat sich auf dem Hauptverbandplatz der 2. Garde Reserve-Division bei Gozé am 23. August 1914 sehr bewährt. Sie konnte von Ungeübten in 10—15 Minuten angelegt, und schwere Oberschenkel-schußfrakturen damit sehr gut zum Transport auf gewöhnlichen Strohschüttewagen fixiert werden. Die Heeresverwaltung hat 1000 Stück für verschiedene Etappensanitätsdepots als Kriegsbedarf

angekauft. In erster Linie als Transportverband gedacht, wird sie auch bei infizierten komplizierten Oberschenkelfrakturen zusammen mit einem Extensionsverband in zahlreichen Fällen den komplizierten gefensterten Gipsverband ersetzen. Neben der unteilbaren ist auch eine teilbare Schiene hergestellt, für die Fälle, wo der Verpackungsraum nicht länger als 55 cm ist. Ferner ist auch ein leichtes Modell aus schwarzer Pappe mit dorsalem Blechstreifen hergestellt, dessen Dauerhaftigkeit aber nur begrenzt sein wird. Zu beziehen ist die Schiene durch das Medizinische Warenhaus — Aktiengesellschaft Berlin, Karlstraße 31. Preis 6 Mk.

(Zschr. f. ärztl. Fortbild. 1914 Nr. 11.)

Eine Büchse für sterile Gaze. Von Dr. O. Michael in Leipzig. Das Modell ist zur Sterilisierung, Aufwahrung und zum Transport streifenförmiger Gaze bestimmt. Es soll diejenigen Eigenschaften kombinieren, deren Fehlen das Arbeiten mit steriler Gaze besonders in der chirurgischen und geburtshilflichen Außenpraxis erschwert: Gute Ausnutzung des Raumes sowohl in der Büchse, als auch in der Verbandtasche, in welcher diese getragen wird, infolge ihres rechteckigen Querschnittes; die flach übereinandergelegte Gaze läßt sich leicht durch den Schlitz des Charnierdeckels herausziehen. Der nichtverwendete Teil des angerissenen Streifens bleibt unberührt, steril, verwendungsbereit. Die Büchse wird in verschiedenen Größen vom Leipziger Medizinischen Warenhaus angefertigt, das auch Gazepackungen mit verschiedener Imprägnierung liefert.

(M. m. W. 1914 Nr. 29.)

Eine neue Mundlampe. Von cand. med. Max Wehmann in Freiburg i. Br. „Als kais. türk. Feldarzt im Balkankriege habe ich eine Lampe für Notoperationen konstruiert, deren Dienste im Lazarett und neuerdings bei einem Versuche im Gebärsaale der Freiburger Frauenklinik zur Veröffentlichung drängen. Konstruktion: Das Metallfadenlämpchen ist mit kleinem Reflektor in ein hohles Hartgummimundstück eingeschraubt. Das Mundstück hat die flache, gekerbte Form einer Hundepfeife, um mühelos auch während des Sprechens zwischen den Zähnen gehalten zu werden. Die oberen Schneidezähne stoßen auf eine Kontaktfeder, die im Innern des Mundstückes liegt und nur oben durch die Kerbe sichtbar wird. Bei festerem Zubeißen schließt die Feder den Kontakt, bei losem Festhalten verlischt die Lampe. Vom Mundstücke führt eine Klingelschnur unter dem Operationsmantel hindurch in die Hosentasche. Dort trage ich eine der gebräuchlichen, flachen Taschenlaternen, in deren Edisongewinde ich statt eines Lämpchens das

Ende der Klingelschnur eingeschraubt habe. Um den Kontakt von Speichel frei zu halten, und das Lämpchen steril in den Mund zu bekommen, überziehe ich das Mundstück vor Gebrauch mit einem sterilisierbaren „Kristall“-Babyschnuller. Die Lampe beleuchtet stets das Gesichtsfeld des Operateurs, verbraucht ihren Strom nur in den Augenblicken des Bedarfs, hindert weder ein- noch ausgeschaltet am Sprechen. Ihr geringes Gewicht (dem einer Zigarre entsprechend) vermeidet die Nachteile der Stirnlampen. Kontinuierliche Brenndauer einer Batterie 4—5 Stunden. — Die Lampe leistet dem Landarzte auch auf dem Wege zum Patienten gute Dienste (Lichtschein ca. 10 m). Zum Anhängen des Lämpchens an den Operationsmantel usw. gebe ich eine Schutzkapsel an. Ich übertrage die Herstellung der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen.“
(M. m. W. 1914 Nr. 12.)

Verschiedenes.

Ueber Ersatz für Kanadabalsam schreibt Th. V a t h e r n a h m (Frankfurt a. M.): „Bei der Einbettung mikroskopischer Präparate bildet einen sehr guten Notbehelf, ja ich möchte fast sagen, Ersatz für den Kanadabalsam das Mastisol-Oettingen. Ich war neulich gezwungen, solches zu verwenden, und war überrascht von dem Erfolg. Die Masse erstarrt fast sofort, und das Deckgläschen haftet nach einigen Stunden so fest, daß man das Präparat ohne Gefahr transportieren oder verschicken kann. Die Färbung leidet, soweit ich untersuchte, keine Einbuße, und die leicht rötliche Färbung des Mastisols verschwindet völlig infolge der dünnen Ausbreitung der Masse. Ein weiterer Vorteil ist, daß man die Präparate sofort untersuchen kann, ohne, wie beim Kanadabalsam, Gefahr zu laufen, daß bei Schiefstellung des Mikroskopes oder bei Projektion das Präparat abläuft; aus diesem Grunde eignet es sich besonders bei solchen Präparaten, welche man in Glyzerin usw. ohne Deckglas untersucht. Im übrigen ist bei seiner großen Verbreitung das Mastisol im Notfalle stets zur Hand; manchen der Kollegen interessiert vielleicht dieser Wink; ich hoffe im Felde weitere Versuche auf diesem Gebiete damit anzustellen.“

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 45.)

Ein sicheres Mittel gegen Flöhe gibt Geh. Sanitätsrat Dr. Berkhan (Braunschweig) an: Man fülle ein 200-g-Glas oder eine halbe Weinflasche mit 2% iger Karbollösung, nasse damit den Zipfel

eines Handtuchs oder Taschentuchs oder einen Bausch Wundwatte und betupfe damit in der Größe eines Zwei- oder Dreimarkstücks das Hemd auf der Brust links und rechts einmal, ebenso auf der Bauch-, Rücken- und Gesäßseite, desgleichen Oberarme und Unterarme, Oberschenkel und Unterschenkel, je nur einmal. Gut wird es sein, dies Vorgehen nochmals am zweiten Abende zu wiederholen.
(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 49.)

Neue Bücher.

Dichtungen zweier Aerzte.

Den Gedichten, die der berühmte Chirurg Carl Ludwig Schleich (im Berliner Hyperion-Verlage) als „**Echo meiner Tage**“ herausgibt, kommt die Zeitstimmung zugute, die vorwiegend die Gesinnung eines Schaffenden betrachten läßt; so gesehen, ist dieses Buch einzig hohen Lobes wert, weil es einen wahrhaft vornehmen, fromm und deutsch die Welt anblickenden, tief nachdenklichen, von sittlichem Idealismus durchaus durchdrungenen Mann am Werke zeigt, der, von der Warte echter Bildung aus, Kunst übt, wenn diese Bildung, nach seinen eigenen Worten, am Maße der Ehrfurchtfähigkeit sich offenbart. Schleich ist von Ehrfurcht gesättigt: gegen die Welt, deren Schönheit sein, an Schellings Lehre sich aufrankender, Pantheismus tief einsaugt; gegen die Mysterien, die dieser Gelehrte gegen aufklärerische Rationalismen stetig verteidigt; gegen das Hohe im Menschen, das er rastlos zu beweisen strebt; gegen die Weibheit, die er, im Bilde seiner Mutter und aller Mütter, anbetet; gegen die Seelen, selbst der Tiere; gegen alle großen Genien seines Volkes. An sie lehnt er sein Dichten und Denken an, und gerade weil er aus seinem eigensten Wesen, als eines Eklektikers, so wenig ein Hehl zu machen sich befließigt, sind seine Verse, auch wo sie mißlungen sind, mißlungen durch Entgleisungen allzu starker Sentimentalität oder allzu lebhafter Abstraktivität, achtbar als Zeugnisse des edelsten Dilettantismus. Der reiche Inhalt des Werkes ist ungleichmäßig, doch die innere Einheit der künstlerischen Weltanschauung versöhnt auch mit seinen schwachen Teilen, zumal vieles Vortreffliche bunt neben ihnen steht, ganz besonders in den Legenden und Epigrammen, zu deren scharf gerundeter oder zugespitzter Formung der nachdenksame Dichter befähigt ist.

Reinste Freude erweckt das jüngste Werk des Schwaben Ludwig Finckh, des größten Künstlers, den, neben Schnitzler,

die deutsche Aerzteschaft hervorgebracht hat. Es heißt „**Der Bodenseher**“ (Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart) und ist das bislang schönste erzählende Buch, das dieser, seltsam reiche und nun ganz gereifte, dem, von ihm auch jetzt so herrlich gekennzeichneten, Schwabenalter nahende Dichter uns geschenkt hat. Mit Schleich verbindet Finckh seine tiefe Deutschheit, sein wurzelhafter Idealismus, seine weltfreudige Frömmigkeit, seine warme Erd- und Menschheitliebe und — nicht zuletzt — seine stark betonte Würdigung des Aerztestandes; den Aelteren aber überragt er, wie auch die allermeisten anderen Dichter der Gegenwart, durch seine rein-gemüthafte, von aller lastenden Reflexivität völlig befreite, dabei gedanklich mindestens gleich fruchtbare Kunst, die ihn eigentlich immer dasselbe Gedicht schreiben, doch, wie nur bei den Größten zu geschehen pflegt, es stets kräftiger und wundervoller ausbauen läßt. Auch diesmal zeigt er das Werden und Wachsen eines schollenstarken, gesunden und tapferen Schwaben aus der Enge der Umgebung in die Weite des großen Deutschlands und das, bei behaltener innerer Weitung, erzielte Wiederfinden der Scholle: aber seine jüngste Schöpfung erhält, durch die unwillkürlich gewonnene Symbolkraft in bezug auf das Geschick des Vaterlandes selbst, ihr ganz eigenes Gepräge und, zum zeitlosen, ihren aktuellen Hochwert. Als Kunstwerk ist Finckhs Roman über jeden Tadel erhaben: von allen, die, in Anlehnung an Goethe und Keller, heute Erzählungswerke geben, ist dieser Dichter der innigste, deutscheste, beseelteste und — also — vortrefflichste. Deutschlands Aerzte können und sollen stolz sein, ihn zu den Ihren zu zählen, Deutschlands Volkheit glücklich, seinesgleichen, als unverlierbaren Besitz, höhnenden Feinden entgegenweisen zu dürfen!

Franz Graetzer.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voß in Leipzig und Hamburg.

XXIV. Jahrgang

Nr. 6.

März 1915

Auszüge.

Aetiologisches.

Ueber Kriegspsychosen. Von Sanitätsrat Dr. Georg Buschan, zurzeit Marinestabsarzt der Seewehr am Marinelazarett Hamburg.

1. Psychische Störungen treten im Kriege bei Soldaten häufiger als im Frieden auf.

2. Man darf etwa auf 2 bis 3% diese Häufigkeit veranschlagen.

3. Die Ursache für Kriegspsychosen geben sowohl Kopf- bzw. Gehirnschüsse als auch körperliche Ueberanstrengung (Erschöpfung) und die seelischen Aufregungen, die das Kriegshandwerk mit sich bringt, ab.

4. Die akuten Psychosen scheinen ungleich häufiger als die chronischen vorzukommen.

5. Das typische Bild aus solchen Anlässen ist eine Art zerebraler Neurasthenie (Erschöpfungs- und Angstpsychose), die allerdings ein bei weitem vielseitigeres Krankheitsbild darbietet als die gewöhnliche Cerebrasthenie.

6. Die Prognose dieser eigentlichen Kriegspsychose ist eine verhältnismäßig gute.

7. Der Ausbruch der Kriegspsychosen braucht nicht unmittelbar nach dem Kampfe zu erfolgen, sondern kann auch erst später in die Erscheinung treten. (M. Kl. 1914 Nr. 42.)

Ueber Trauma und Lungentuberkulose. Von Dr. Arthur Mayer (Aus der Friedrichstadtklinik für Lungenkranke zu Berlin). Der Zusammenhang zwischen Trauma und Lungentuberkulose ist nach diesen Untersuchungen nicht darin zu suchen, daß an der

vom Trauma betroffenen Stelle besonders günstige Wachstumsbedingungen für Tuberkelbazillen geschaffen werden und daß von dieser Stelle aus die Ueberschwemmung des Organismus mit dem Virus ihren Ausgangspunkt nimmt, oder daß bis dahin avirulente Bazillen durch das Trauma virulent werden, sondern in der Tatsache, daß das Trauma die Resistenz des Körpers gegen die Infektion herabsetzt. Es ist daher ganz gleichgültig, an welcher Stelle der Körper von dem Trauma betroffen wird. Die Verhältnisse liegen also, wie sie bei so vielen andern schädlichen Einwirkungen auf den Organismus aus der Erfahrung bekannt sind: Erkältung, Hunger, Ermüdung usw. schädigen nicht eine bestimmte zunächst betroffene Organgruppe, sondern setzen vor allem die Resistenz des gesamten Organismus herab. Für die kriegsärztliche Tätigkeit und Begutachtungspraxis ergibt sich hieraus, daß eine Lungentuberkulose auch durch ein Trauma manifest werden kann, das gar nicht den Thorax betroffen hat, und daß auch periphere Verletzungen — soweit alle anderen Bedingungen vorhanden sind — sehr wohl imstande sein können, eine Lungentuberkulose auszulösen. (M. Kl. 1914 Nr. 48.)

Der Typus der Tuberkelbazillen bei der Tuberkulose der Lungen und Bronchialdrüsen. Von Stabsarzt Prof. Dr. B. Möllers in Straßburg i. E. (Aus dem Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch in Berlin). Im Sputum von 5 Fällen, in erkrankten Lungenstückchen von 2 Fällen und in der Bronchialdrüse eines Falles von Lungentuberkulose, aus denen mit Hilfe des Meer-schweinchenversuchs Reinkulturen gezüchtet wurden, konnten in jedem Falle durch den Kaninchenversuch Tuberkelbazillen des humanen Typus gezüchtet werden. Bisher wurden in den verschiedensten Gegenden der Welt aus dem Sputum von gegen 900 Phthisikern Tuberkelbazillen gezüchtet, die mit Ausnahme von 5 Fällen sämtlich dem humanen Typus angehörten. In nur 3 Fällen wurden ausschließlich bovine, in 2 Fällen gleichzeitig humane und bovine Bazillen gefunden. Schließt man in die Statistik außerdem diejenigen Fälle ein, in denen Stückchen der erkrankten Lungen- bzw. Bronchialdrüsen als Ausgangsmaterial der Untersuchungen dienten, so sind einschließend vorliegender Untersuchungen bisher von 36 verschiedenen Autoren insgesamt 974 Fälle von Tuberkulose der Lungen und Bronchialdrüsen untersucht worden, unter denen 967mal humane, 5mal bovine und 2mal gleichzeitig humane und bovine Tuberkelbazillen festgestellt wurden. Dieses überaus seltene Vorkommen (in 0,51 % der untersuchten 974 Fälle) von Perlsuchtbazillen im Sputum, der Lunge und den Bronchialdrüsen der an Lungentuberkulose leidenden Menschen, die den weitaus

größten Teil aller Tuberkulösen umfassen, zeigt die Richtigkeit der Auffassung Robert Kochs, daß die Perlsucht des Rindes für die Erkrankung des Menschen an Lungentuberkulose nur von untergeordneter Bedeutung ist. (D. m. W. 1914 Nr. 26.)

Herpes urethrae als Ursache nichtgonorrhöischer Urethritis ohne Bakterienbefund. Von Dr. H. G. Klotz (New-York). Klausner hat ähnliche Fälle beschrieben. Nach Klausner ergibt die Anamnese in solchen Fällen: Koitus einige Tage oder einige Wochen vor Ausbruch, anscheinend ohne Zusammenhang mit der Erkrankung; plötzliches Auftreten von eitrigem Ausfluß aus der Harnröhre, leichte Beschwerde von Brennen in derselben; frühere Gonorrhoe abwesend; keine prophylaktische Einspritzung. Die Befunde bestehen in Verklebtsein der Harnröhre; aus derselben entleert sich ein seröseitriges, manchmal dickeitriges Sekret. Der Eiter ist von gelber Farbe, und der Zustand ist von gonorrhöischer Urethritis auf den ersten Blick nicht zu unterscheiden. Zweigläserprobe zeigt totale oder nur teilweise Trübung der ersten Portion, die zweite ganz klar. Mikroskopisch können Gonokokken absolut ausgeschlossen werden; Sekret besteht größtenteils aus Eiterzellen; Mikroorganismen fehlen fast vollständig. Die Fälle erweisen sich der Behandlung sehr zugänglich; heilen oft schon nach 1—2 Wochen unter blanker Diät und Balsamika innerlich. — Es wäre dem noch hinzuzufügen: Brennen in der Harnröhre ist nicht auf die Dauer des Urinierens beschränkt; nicht selten geht dem Ausbruch 1—2 Tage eine zwischen Jucken und Schmerz stehende Reizempfindung in der Harnröhre zuvor. Frühere Gonorrhoe war nicht selten, aber ohne nachweisbaren Zusammenhang mit der Erkrankung; in einer Anzahl der Fälle bestand eine geringe, einseitige Anschwellung und Empfindlichkeit der inguinalen Lymphdrüsen gegen Druck und spontan. — Therapeutisch empfiehlt Verf. Injektion einer 10%igen Suspension von Airol in gleichen Teilen Glycerin und Wasser. Zieht sich die Absonderung etwas länger hin, so werden Injektionen von Bismuth. subnitr. oder Dermatol in Suspension mit Mucilago oder Borsäurelösung mit Zusatz von Plumb. acet. und Zinc. sulfur. (ää 0,2—0,3:120) mit gutem Erfolg angewandt. Wahrscheinlich kommen in der Urethra ebenso wie außerhalb, besonders auf dem inneren Blatt des Präputium und der Glans, Abortivformen von Herpes vor, bei denen es nur zu einer umschriebenen Schwellung und Rötung ohne Bildung von Bläschen kommt. Diese können ebenso wie die typischen Formen von dem bereits erwähnten, zwischen Schmerz und Kitzel liegenden Reizgefühl begleitet sein, das eine gewisse sexuelle Aufregung und selbst einen Zustand von Halberektion hervorrufen kann. Wo der

Herpes oder die herpetische Urethritis anscheinend im Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr aufgetreten ist, hat Verf. sich zuweilen dem Eindruck nicht entziehen können, daß nicht der Koitus den Herpes, sondern der Herpes den Koitus veranlaßt hatte.
(Derm. W. 1914 Nr. 23.)

Diagnostisches.

Untersuchungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren bei Lungentuberkulose. Von Dr. W. Ammenhäuser (Aus der Augusta-Viktoria-Knappschaftsheilstätte Beringhausen bei Meschede i. W.).

1. Sputumeiweiß ist zum Teil auch Tuberkelbazilleneiweiß.
2. Bei der Lungentuberkulose enthält das Blut spezifische Fermente, die Lunge und Tuberkelbazilleneiweiß abbauen.
3. In ganz vorgeschrittenen Fällen können diese Fermente wieder verschwinden, was auf eine ungünstige Prognose schließen läßt.
4. Bei nicht spezifischem Lungenkatarrh wird nur Lunge abgebaut.
5. Bei tuberkulösen Drüsenerkrankungen wird auch stets tuberkulöses Drüsengewebe abgebaut.
6. Im Blutserum Gesunder befinden sich gewöhnlich keine spezifischen Abwehrfermente.
7. Zur Frühdiagnose von Lungenaffektionen kann in Zweifelsfällen das Abderhaldensche Dialysierverfahren ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel sein. (M. m. W. 1914 Nr. 39.)

Zur Diagnostik der Erkrankungen der Lungenspitzen. Von Privatdozent Dr. R. Ehrmann (Aus dem medizinisch-poliklinischen Institut der Universität Berlin). Auf Grund seiner Untersuchungen sagt Verf., daß nicht selten Dämpfungen an den oberen Teilen der Lungen, vorne und hinten, perkussorisch nachweisbar sind, die nicht auf eine Erkrankung der Lungen, sondern auf Verwachsungen oder Stränge zwischen den Pleuren zurückgeführt werden müssen. — Zu Untersuchungen gab ferner der Umstand Veranlassung, daß man bei einseitigen Spitzenaffektionen Unterschiede in der Weite der Pupillen findet. Verf. gab den Pat. 5—10—15 Tropfen einer 8,1%igen Atropinlösung und prüfte $\frac{1}{4}$ stündlich die Pupillenweite, und es ergab sich bei Pat. mit Spitzenaffektionen erheblich häufiger als bei Pat. mit normalem Lungenbefund ein Unterschied in der Weite der Pupillen. Man wird also durch interne Gaben von Atropin den Pupillenunterschied deutlich zu machen suchen.

(B. kl. W. 1914 Nr. 35.)

Eine einfache Probe zum Nachweis von Gallenfarbstoff und Hämoglobin im Harn. Von Hans Lipp-Waldstetten. Man bringt auf eine Platte aus unglasiertem weißen Ton einige Tropfen Harn. Während die Flüssigkeit in die Platte eindringt, bleibt das Bilirubin als gelber Belag an der Oberfläche und gibt beim Betupfen mit dem Salpetersäuregemisch das bekannte Farbenspiel. Verf. benützt nun statt der Tonerde eine ca. 3—4 cm dicke, auf einem Teller ausgebreitete Schicht möglichst weißen Sandes und bringt darauf ein wenig von dem verdächtigen Urin. War im Harn Farbstoff, so bleibt in dem weißen Sand ein Fleck zurück, der bei Hämoglobingehalt braun, bei Gallenfarbstoff mit einem Stich ins grünliche ausgezeichnet ist. Die Methode, die Verf. die Sandprobe nennen möchte, ist sehr zuverlässig und hat den großen Vorzug, daß sie ohne umständliche Vorbereitung, ohne Chemikalien, ohne Filter und ohne Spektroskop durchgeführt werden kann. (M. m. W. 1914 Nr. 38.)

Vorstufen des Diabetes. Von Prof. Dr. P. Bergell (Berlin). Zusammenfassung. 1. Das Lösungsvermögen des menschlichen Harns für Kupferoxydhydrat ist nicht durch einen geringen Gehalt an Traubenzucker bedingt. Ebenso ist die Reduktionskraft normaler Urine nicht durch Glukose oder allein durch Harnsäure bedingt.

2. Verdünnt man den Harn auf ein spezifisches Gewicht von 1,012, so ist bei Personen mit normalem Kohlehydratstoffwechsel das Kupferlösungsvermögen sehr gering, vorausgesetzt, daß mäßige Kohlehydrataufnahme bestand und das spezifische Gewicht im allgemeinen nicht über 1,020 hinausging. Bei Kindern ist das Kupferlösungsvermögen zuweilen beträchtlich erhöht.

3. Bei Verwandten von Diabetikern findet sich das Kupferlösungsvermögen in zweidrittel der Fälle gesteigert.

4. Ein Teil dieser Fälle, vorzugsweise die stärksten Reaktionen, sind als Vorstufen des Diabetes zu betrachten.

5. Der das Kupferlösungsvermögen bedingende Stoff scheint den Aldosen oder Ketosen von tieferem Molekulargewicht als Traubenzucker anzugehören.

6. Die Reaktion des erhöhten Kupferlösungsvermögens verschwindet auf Kohlehydratentziehung. Bei vermehrter Kohlehydrataufnahme und Glykosezufuhr wird die Reaktion stärker, und es treten bei den Vorstufen Spuren von Glykose mit auf.

7. Hereditär Belastete mit starker Kupferlösungsreaktion müssen bezüglich ihres Kohlehydratstoffwechsels behandelt werden wie leichte Diabetiker, und es ist anzustreben, daß die Reaktion bei ihnen stets negativ bzw. nur schwach positiv bleibt.

(D. m. W. 1914 Nr. 51.)

Kasuistisches.

Verletzung des Nervus recurrens. Von Rudolf Hoffmann-München. Ein Infanterist hatte eine Verwundung durch eine Schrapnellkugel neben dem rechten Auge erhalten. Die Blutung war gering, aus Nase und Mund hatte er nicht geblutet. Sofort nach der Verletzung bemerkte er, daß er heiser war; es stellten sich Schluckbeschwerden ein, 2 Tage lang lief beim Trinken das Wasser aus dem rechten Nasenloch. Atembeschwerden hatte er nicht. Bald trat eine hochgradige Kieferklemme auf, die, als Verf. ihn 20 Tage nach seiner Verletzung sah, noch so stark war, daß die vorgestreckte Zunge den Raum zwischen den beiden Zahnreihen völlig ausfüllte. Rechts am weichen Gaumen war eine sugillierte Stelle sichtbar; die rechte Stimmlippe stand unbeweglich in der sogen. Kadaverstellung, das Kehlkopfinnere war sonst ohne Besonderheiten. Wenn der Pat. den Kopf über die rechte Schulter dreht, wird die Stimme schlechter, wenn er ihn über die linke dreht, bessert sie sich bedeutend. Derselbe Effekt läßt sich konstatieren, wenn man die rechte Thyreoidhälfte hebt. Der Pat. zeigt also das vom Verf. beschriebene Phänomen der Besserung der Rekurrensparalysestimme durch gewisse Kopfstellung. Das Röntgenbild zeigt eine Kugel von 14 mm Durchmesser an der Halswirbelsäule in der Höhe des unteren Randes des Thyreoidknorpels. Die Beweglichkeit der Columna ist nicht behindert. Das Geschoß, dessen Eingangspforte kaum noch sichtbar war, hatte also den rechten Jochbogen durchschlagen und war, die Fossa pterygopalatina durchheilend, seitlich parapharyngeal an der Halswirbelsäule durchgedrungen und hatte den rechten N. recurrens zerrissen, wofür das plötzliche Auftreten der Heiserkeit spricht. Ein größeres arterielles Gefäß ist nicht zerrissen worden. Da die Stimme seit dem Tage der Verletzung bedeutende Fortschritte gemacht hat, darf man auf eine weitere spontane Besserung derselben erhoffen. Sie ließe sich vielleicht durch das Tragen einer geeigneten Pelotte beschleunigen.

(Feldärztliche Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 1.)

Hemiatrophia faciei mit basedowartigen Erscheinungen. Von Schultze. Vorstellung einer 49jährigen Frau, die über Ohnmachtsanfälle unklarer Art klagt, die seit vielen Jahren bestehen (Epilepsie?), sodann über zeitweiliges Herzklopfen und dumpfes Druckgefühl in der Stirn. Objektiv ließen sich während des Aufenthaltes in der Medizinischen Klinik ein paar Anfälle von Tachykardie nachweisen, mit Extrasystolie, etwa 24 Stunden andauernd. Ferner eine weiche, mäßig große Struma. Von Basedow-

zeichen fehlte aber außer dauernder Tachykardie vor allem ein Exophthalmus. Es war rechts sogar ein geringer Enophthalmus von etwa $\frac{1}{2}$ mm nachweisbar. Sodann bestand nur ein geringfügiger und oft nur auf einzelne Finger beschränkter Tremor der Hände bei gestreckter Haltung der gespreizten Finger. Andererseits war eine relative Lymphozytose vorhanden (43 % Lymphozyten), die aber nach den neuesten Untersuchungen von Sauer auch ohne Basedowsche Krankheit vorkommt. Es fehlten Neigung zum Schwitzen und Hitzegefühl. Es muß somit dahingestellt bleiben, ob eine Forme fruste von Basedowscher Krankheit besteht. An der Gesichtshaut war eine deutliche strichförmige Atrophie der Stirnhaut neben der Mittellinie vorhanden, von oben nach unten gehend, ferner eine sehr deutliche Abflachung der rechten Wangengegend. Die Rötung des Gesichtes und die Schweißbildung war beiderseits normal; angeblich wurde auf der rechten Stirnseite Berührung nicht so gut wahrgenommen wie links. Eine Druckempfindlichkeit an der Seite des Halses, wie in einem Falle von Oppenheim, war nicht vorhanden. In bezug auf die Pathogenese der Hemiatrophie ist dem Redner die Annahme, daß ein hypothetisches Gift von irgendeiner Infektionsquelle im Bereiche des Kopfes, z. B. der Mandeln, ausgehe, am unwahrscheinlichsten. Bei der vorgestellten Kranken wird auch über eine solche Infektion nichts berichtet. (Der Hautschwund wurde von ihr vor etwa 2 Jahren bemerkt.) Daß eine Erkrankung des Trigeminus die Ursache sei, erscheint ebenfalls unwahrscheinlich, da bei einer großen Menge von Trigemimusneuritiden eine solche Hautatrophie ausbleibt und umgekehrt bei der Hemiatrophia faciei fast stets Trigemimuserscheinungen fehlen. Die Angaben über Stirndruck in dem Falle des Verf. und diejenigen über leichte Hypoästhesie an der Stirn sind schwer verwertbar. Am ehesten kann man nach den heutigen Kenntnissen wohl eine Sympathikuserkrankung annehmen, deren Ursache freilich vorläufig ganz dunkel ist. Da auch bei dem Morbus Basedowii der Sympathikus leidet, könnte man im vorliegenden Falle von fraglicher Basedowerkrankung an ein Mitergriffensein des Sympathicus denken. Es läßt sich aber nichts Bestimmtes aussagen. Nach Kokaineinwirkung auf das rechte Auge erweiterte sich die rechte Pupille, anders wie in dem von Strasburger aus des Vortragenden Klinik mitgeteilten Falle von umschriebenem Fettgewebsschwund des Gesichtes. Immerhin ist das Zusammen treffen der geschilderten Veränderungen in dem vorgestellten Falle bemerkenswert. (Niederrh. Ges. f. Natur- u. Heilk., Bonn 9. II. 14.)

Dauerheilung einer operativ behandelten Kleinhirngeschwulst. Von Schultze. Vorstellung eines jetzt 47jährigen

Mannes, bei dem Schede und Vortragender Anfang 1900 einen Zerebellartumor diagnostiziert hatten, und den Schede am 4. I. 1900 mit Glück operierte. Die Operationsgeschichte finden sich in den Sitzungsberichten dieser Gesellschaft 1900, Sitzung vom 22. I. 1900. Vortragender selbst erwähnte ihn ganz kurz in seiner Arbeit „Zur Diagnostik der Operabilität der Hirn- und Rückenmarkstumoren“. Oppenheim führt ihn an in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten. — Im Jahre 1907 konnte Vortragender nur berichten, daß bei dem Operierten Heilung für eine Zeit von $1\frac{1}{2}$ Jahren erzielt wurde. Jetzt sind über 14 Jahre seit der Operation verflossen, und der Kranke hat noch keine Zeichen eines Rezidivs. Der Tumor soll ein Gliom gewesen sein, war aber auffallenderweise leicht ausschälbar, 18 g schwer und lag 1 cm unter der Oberfläche der Rinde der linken Hälfte des Kleinhirns. Die vor der Operation vorhanden gewesen sehr starken Gehörstörungen waren gleich nachher ganz erheblich zurückgegangen, auch das Sehvermögen gebessert, sodaß der Kranke wieder Finger gut zählen konnte. Ophthalmoskopisch war beiderseits eine Stauungspapille mit beginnender Sehnervenatrophie zu finden gewesen. Das vorher starke Kopfweg und das sehr erhebliche Schwanken und Taumeln war geschwunden. Der Kranke wurde später, bis heute, wieder als Pflasterer arbeitsfähig. Nur ist sein Sehvermögen noch herabgesetzt (auf 1 m Entfernung auch bei schlechtem Licht Fingerzählen möglich). Es zeigt sich als dauernde Resterscheinung noch eine beiderseitige Abblassung beider Sehnervpapillen bei ganz scharfen Grenzen. — Auch das Hörvermögen ist noch nicht normal, aber nur in mittlerem Grade herabgesetzt. Der Gang ist völlig regelrecht. Zeitweilig bestehende, in den letzten Monaten aufgetretene mäßige Kopfschmerzen sind wohl auf das Potatorium zu beziehen, dem der Kranke ergeben ist; wieweit das auch bei dem ebenfalls zeitweise auftretenden Schwindelgefühle der Fall ist, läßt sich nicht entscheiden. Die Schwindelgefühle sollen sich auch nach der Operation niemals völlig verloren haben. Die Untersuchung der Reflexe, der Motilität und Sensibilität ergab keine Abnormität. Insbesondere bestand keine Aufhebung der Kornealreflexe und keine Adiadochokinesis. Die Lichtreflexe der Pupillen waren etwas weniger ausgiebig. — Es kann somit in diesem Falle wohl von einer Dauerheilung gesprochen werden, und es wäre sehr erwünscht, wenn auch über die verhältnismäßig wenigen Fälle, in denen, abgesehen von den Kleinhirnzysten, nach Entfernung von Kleinhirngeschwülsten, von einer Heilung berichtet wurde, Mitteilungen über die Dauer einer solchen Heilung für lange Zeiträume berichtet würde.

(Niederrhein. Ges. f. Natur- und Heilk., Bonn 9. II. 14.)

Notiz über einen seltenen Fall von Blasenstein. Von Vernon Starr (Peshawar). Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen bei dem 18jährigen seit 15 Jahren. Erstmals Hämaturie mit 3 Jahren. In den Kinderjahren mehrmalige nächtliche Urinentleerung. Die Sondierung der Blase ergibt einen großen Stein. Sectio perinealis. Heilung. Gewicht 6 Unzen (180 g), Länge $4\frac{1}{2}$ Zoll (Zoll 0,025), $2\frac{1}{2}$ Zoll breit, $6\frac{1}{8}$ Zoll Umfang.

(Lancet 1913. — Zbl. f. Kindhkl. 1914 Nr. 6.)

Periodische traumatische Blasenbildung mit Blutreaktion. Von Vörner. Bei einer Frau tritt während der Menses regelmäßig auf traumatische Reize hin das Bild der Epidermolyse auf. Zugleich besteht dann eine eigenartige Blutreaktion. Es fallen nämlich auf Zusatz von Schwefel eigenartige Kristalle aus, die wohl durch einen bestimmten Eiweißkörper bedingt werden. Außerhalb der Periode schwindet diese Reaktion wieder. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Autointoxikation.

(Med. Gesellschaft Leipzig 3. III. 14.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Kombination der Lokalanaesthetica mit Kaliumsulfat. Von A. Hoffmann. Kombiniert man Novokain mit Kaliumsulfat, so potenziert sich die Wirkung um 85 %, und die Toxizität wird in günstigem Sinne beeinflusst. Verf. empfiehlt folgende Lösung:

Novokain 0,2 (oder 0,25)

Sol. Kal. sulfur. (2,3 %) 20,0

Sol. Natr. chlorat. (0,9 %) ad 100,0

Sol. Suprarenin. hydrochlor. (1 ‰) gtt. XII.

(Mediz. Verein Greifswald, 8. V. 14.)

Die Vorzüge des Zellstoffes als Ersatz für Mull und Watte. Von Dr. M. Strauß, Spezialarzt für Chirurgie in Nürnberg, zurzeit im Felde. „Der sicherlich schon in weiten Kreisen bekannte Zellstoff, der analog dem Holzpapier aus Nadelholz in großen Mengen gewonnen wird, kommt in zahlreichen Packarten — in Tafel-, Rollen- und Kompressenform — in den Handel. Die einfachste und wohl auch billigste Form sind die großen Tafeln, die auch von den Sanitätsdienststellen des Feldheeres abgegeben werden und die bisher im Einzelverkauf das Kilogramm zu 60—80 Pf. abgegeben wurden. Aus den Tafeln lassen sich Rollen, Kompressen und Kissen in jeder gewünschten Lage und Dicke schneiden, die

einen idealen Ersatz für Mull und Watte abgeben und sich jeder Körperform exakt anpassen lassen. Selbstverständlich kann der Zellstoff durch Wasserdampf keimfrei gemacht werden. Der Vorzug des genannten Materials, das ich seit 1903 vielfach an Stelle von Watte und Mull verwende, ist außer der Billigkeit sein geradezu ideales Aufsaugungsvermögen, das im Gegensatz zu Watteverbänden die Sekretionsstauung unmöglich macht. Dieser Vorzug berechtigt auch zur Empfehlung des Zellstoffes für den Wundverband auf dem Hauptverbandplatz und im Feldlazarett, zumal das Aufsaugungsvermögen der Watte im Krompressionsverband sehr gering ist und die recht häufigen Granat- und Schrapnellverletzungen die Aufsaugung des oft jauchenden Wundsekretes zur unbedingten Notwendigkeit machen. Der Zellstoff kann selbstverständlich direkt auf die Wunde gelegt werden, das Festkleben der einzelnen Fasern wird vermieden, wenn die einzelnen Zellstoffkompressen mit grobem Tupfermull umhüllt werden. Zur Tamponade eignet sich der Zellstoff nicht. Richtig verwendet, kann der Zellstoff unseren Mull- und Watteverbrauch ganz wesentlich einschränken und die Verwendung von Scharpie fast ganz unnötig machen, weshalb ich allen Kollegen empfehlen möchte, dieses gute Verbandmaterial zu verwenden.“
(D. m. W. 1915 Nr. 4.)

Mullersatzbinden. Nachdem zum Ersatz der Baumwolle als Verbandmaterial mit gutem Erfolg Zellstofffabrikate eingeführt wurden, versucht man jetzt auch die Mullbinden durch geeignet präparierte Papierstoffbinden zu ersetzen. Solche Mullersatzbinden, die unter dem Namen „Gumpa“ in den Handel gebracht sind, sandte uns die Firma Fingerhut & Co., Breslau-Bodenbach. Die Binden sind weich und schmiegsam, und es läßt sich ein kunstgerechter Verband damit anlegen. Natürlich kann sich ihre Haltbarkeit mit der der Mullbinden nicht vergleichen; sie werden also nicht für alle Zwecke in Frage kommen können.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 2.)

Ueber die Verwendung des Wasserstoffsuperoxyds bei der Wundbehandlung. Von Ernst Fraenkel in Berlin (Aus dem Reservelazarett I Gießen). „Das Ortizonpulver wenden wir namentlich bei stark sezernierenden Wundflächen, auch bei Dekubitus, wo uns die übrigen austrocknenden Mittel gewöhnlich im Stiche lassen, mit deutlichem Erfolge an, ebenso den Ortizonstift, dessen Handhabung einfacher und auch ökonomischer sich darstellt. In fast allen Fällen sahen wir bald eine deutliche Reinigung der Wunden, Abstoßen von Gewebsetzen usw. Den Stift haben wir auch, seinem ursprünglichen Zwecke entsprechend, bei Fistelgängen, wo

eine Erweiterung der großen Gefäße wegen nicht angängig ist und die Spülflüssigkeit nur unvollkommen eindringen kann, verwendet, und zwar mittels Einführen möglichst tief in den Fistelgang hinein. Das, was auch Walther verschiedentlich hervorhebt, stetes Ausbleiben einer Reizung der Wunde, wie wir sie nach Anwendung von Karbol und Sublimat stets als Gewebsläsion vorfinden, konnten wir bei Anwendung von H_2O_2 , in welcher Form auch immer es verwendet wurde, stets konstatieren. Die Billigkeit des Präparates muß seine Bedeutung erhöhen. Alles in allem sind das offizinelle Wasserstoffsuperoxyd (welches in die Reihe der etatsmäßigen Arzneimittel in der militärärztlichen Praxis seit einigen Jahren aufgenommen ist) und seine hochprozentigen Derivate dazu berufen, in der Behandlung der infizierten Wunden eine dominierende Stellung einzunehmen, worauf nicht oft genug hingewiesen werden kann, und seine Verwendung in jedem geeignet erscheinenden Falle sehr zu empfehlen.“ (D. m. W. 1915 Nr. 3.)

Die Epithelisierung der Wunden. Von Dr. Walther Kaupé (Aus dem Reservelazarett Nr. 2 in Bonn). Verf. wandte Pellidol zunächst bei allen den Wunden an, die mehr flächenhafte Defekte aufwiesen, die rein geblieben waren und die ohne unterstützende Maßnahmen in kürzerer Zeit Ueberhäutung nicht erwarten lassen konnten. Es sei hier gesagt, daß der Erfolg in fast allen Fällen ein ausgezeichneter, ja oft geradezu staunenswerter war. Die Narbenbildung setzt fast stets prompt von der Peripherie aus ein, um rasch konzentrisch weiterzuwandern. Zu üppige Granulationen werden durch die Ueberhäutung zurückgedrängt, und es entstehen Narben, die fest und trotzdem weich sind, in der bisherigen Beobachtungszeit keine Neigung zur Narbenschumpfung zeigten, die betreffende Partie also nicht mehr verunstalteten, als das bei jeder guten Narbe selbstverständlich ist, und die vor allem also keine Beeinträchtigung der Beweglichkeit (wenn diese jeweils in Betracht kam) im Gefolge hatten. Gerade in diesem Falle sieht man also, daß dem Pellidol vielleicht auch eine keimtötende Wirkung innewohnt. Das würde, wenn sich diese Annahme bestätigen sollte, das Anwendungsgebiet des Präparats noch wesentlich erweitern. In keinem Falle hat Verf. unangenehme Begleit- oder Folgeerscheinungen des Pellidols gesehen. Es wurde von allen Soldaten gut vertragen, und, wie Verf. es auch bei den zarten Säuglingen beobachten konnte, so zeigte auch jetzt die Haut niemals Reiz- oder dergl. Erscheinungen. Wie wird das Pellidol nun angewandt? Das Präparat, das als ein blaßrotgelbes Pulver in den Handel gebracht wird, das Diazetylderivat des Amidoazotoluols, wird am besten als 2%ige Pellidolvaselinsalbe, als ebenfalls

2%ige Pellidolzinkpaste oder als 5%iger Bolus-alba-Puder benutzt. Verf. verwendete von den beiden genannten Salben mit Vorliebe die Pellidolzinkpaste. Sie ist da angezeigt, wo sich die Wunde noch etwas gereizt zeigt und wo keine starke Sekretion mehr besteht. Sie wurde auf eine sterile Mullplatte dünn aufgetragen und so auf die Wunde gelegt. Auch nach mehrtägigem Liegen bemerkte man keinen üblen Geruch des Wundsekrets. Der oft benutzte Pellidol-Bolus-alba-Puder wirkte in besonders auffälliger Weise. Immer, wenn die Wunde seröse Flüssigkeit absonderte, wurde diese Flüssigkeitsabsonderung entschieden unterdrückt. Wenn das wohl auch in der Hauptsache auf das Konto der Bolus alba zu schreiben sein dürfte, so dürfte aber auch das Pellidol in diesem Sinne wirksam sein. Gleichzeitig aber setzte — und das ist wohl ausschließlich der Erfolg des Pellidols — eine rege Hautneubildung ein, die uns fast niemals im Stiche ließ. Der Puder muß in recht dicker Schicht aufgetragen werden. Verf. möchte seine Erfahrungen dahin zusammenfassen, daß wir im Pellidol ein wertvolles, gefahrloses, niemals zu unangenehmen Nebenerscheinungen führendes Mittel gewonnen haben, das selbst bei großen, flächenhaften, aber auch bei kleineren, tiefergehenden Wunden in verhältnismäßig kurzer Zeit eine starke Hautneubildung und eine einwandfreie Narbenbildung herbeiführt.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 1.)

Ueber „Hyperol“. Von Dr. Walter Linhart (Aus der chir. Abteilung des Spitals der Barmh. Brüder in Graz). Von der Chem. Fabrik G. Richter wird unter dem Namen „Hyperol“ eine feste kristallisierte Verbindung von H_2O_2 und Karbamid in den Verkehr gebracht, welche der Formel $CO(NH_2)_2 \cdot H_2O_2$ entspricht und 35% H_2O_2 enthält. Das Präparat enthält unter den bisherigen H_2O_2 -Präparaten das Wasserstoffsuperoxyd in der höchsten Konzentration (35%). Durch seine große Beständigkeit, seine Konzentration und seine Leichtlöslichkeit besitzt das Hyperol eine erhebliche praktische Bedeutung. Es gestattet jederzeit und überall die Bereitung wirksamer Wasserstoffsuperoxydlösungen auf einfache Weise und unter Benutzung relativ geringer Substanzmengen. Die Anwendung des Hyperols kann auch in Frage kommen, wenn es sich um das Auf- oder Einstreuen eines H_2O_2 abgebenden Pulvers allein oder in Mischung mit andern Substanzen handelt. In den verschiedensten Fächern der praktischen Medizin wird das Hyperol wegen seiner Geruchlosigkeit, idealen Desinfektionskraft, Giftfreiheit, Desodorisation und mechanischen Reinigung angewendet; als Nebenwirkung ist auch ein blutstillender Effekt bemerkenswert. Verf. hat das Hyperol in ausgedehntem Maße bei den verschiedensten eitrigen

Prozessen benutzt, und zwar sowohl in Substanz wie auch in den verschiedenst konzentrierten Lösungen. In Substanz wird das Hyperol auf eitrige und verzögert granulierende Wunden, in Fisteln, Wundnischen und Taschen gestreut, und schon nach einigen Tagen kann man die sekretionsvermindernde Wirkung beobachten. Die Wundfläche reinigt sich oft verblüffend rasch, es beginnt gesunde Granulation. Verf. hat das Hyperol bei Ulcus cruris, bei Verbrennungen, bei infizierten und auch nichtinfizierten Wunden der verschiedensten Körperregionen, bei seniler wie diabetischer Gangrän zur Beschleunigung der Demarkation; als Prophylaktikum bei frischen, durch Fremdkörper verunreinigten, aber noch nicht eiternden Wunden; als Vor- und Nachbehandlung bei Operationen in der Mundhöhle usw. verwendet, und zwar mit stets zufriedenstellendem Erfolge. Geradezu als Wohltat für den Patienten wie für die Aerzte erwies sich die desodorisierende Kraft des Hyperols bei zerfallenden inoperablen Tumoren. Die gründliche, wundreinigende Wirkung des Hyperols ist so schonend, daß sie zurzeit auf keine andere Weise durchführbar ist. Diese mechanische Desinfektion wird durch die sehr beachtenswerten entwicklungshemmenden und bakteriziden Wirkungen des Hyperols unterstützt. Die feste Form des Hyperols übt auf die Wundflächen eine adstringierende, stark austrocknende, desodorisierende Wirkung aus. Die fast momentane Beseitigung der übelsten Wundgerüche läßt eine spezifische desodorisierende Wirkung auf Fäulnisprodukte annehmen. Wegen seiner völligen Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit ist das Hyperol das wertvollste Wunddesinfiziens unserer Zeit. Zurzeit Chef der chirurgischen Abteilung eines k. und k. Reservespitals, hat Verf. reichlich Gelegenheit, das Hyperol auch „kriegschirurgisch“ anzuwenden, und er muß sagen, daß ihm durch kein Mittel, auch durch keine halbwegs schonende Technik, eine so ideale und rasche Reinigung der oft unglaublich verunreinigten Kriegswunden gelungen ist. Uebrigens ist durch die feste, beständige Form und den dadurch so leichten Transport das Hyperol berufen, speziell im Felde unbegrenzte Verwendung zu finden.

(M. m. W. 1915 Nr. 2.)

Oleum Rusci zur Behandlung infizierter Weichteilwunden.

Von Dr. med. Hans L. Heusner in Gießen. „In der Feldärztlichen Beilage Nr. 17 empfiehlt Oberst den Perubalsam zur Behandlung infektionsverdächtiger Wunden. Bei Quetschwunden aller Art, besonders bei abgequetschten Fingergliedern, hat auch mein Vater, Prof. Heusner-Barmen, seinerzeit den Perubalsam bereits mit gutem Erfolg dauernd angewandt. Vor dem Schluß der entsprechend vorbereiteten Wunden wurden alle Höhlungen ausgiebig mit Perubalsam ausgegossen. Stets erfolgte glatte Heilung. Perubalsam

hat aber den Nachteil des sehr hohen Preises (10 g = 60 Pf.). Ich glaube nun in dem Oleum Rusci einen sehr brauchbaren und ganz wesentlich billigeren Ersatz gefunden zu haben (10 g = 5 Pf.). Bei meinen Versuchen, geeignete Stoffe zum Bedecken von Unterschenkelgeschwüren zu finden, welche gleichzeitig desinfizieren und nach außen die Wunde dicht abschließen, kam ich auch auf die verschiedenen Teerarten. Man kann schon eine Wunde einfach mit noch leicht flüssigem Asphalt überstreichen, der Erfolg zeigt, daß wir im Notfall damit einen guten Ersatz für einen abschließenden Verband herstellen können. Auf diese Verwendungsmöglichkeit des Asphalts ist ja früher bereits von anderer Seite hingewiesen worden. Ich machte davon ausgehend Versuche mit Teerölen. Dieselben sind nicht alle in gleichem Maße brauchbar, da manche stark reizen. Am zweckmäßigsten erwies sich mir das Oleum Rusci unverdünnt. Unterschenkelwunden werden nach etwaiger oberflächlicher Reinigung durch Abspülen mit Wasserstoff-superoxyd mit einer dicken Schicht von Oleum Rusci überzogen. Die Sekretion hörte bald auf, und die Flächen zeigten sich beim Verbandwechsel mit guten Granulationen bedeckt. Oberflächliche Ulzera heilten oft mit ein oder zwei Verbänden. Irgendwelche Nachteile außer ganz leichter Reizung bei empfindlicheren Patienten, Klagen über schnell vorübergehendes leichtes Brennen habe ich bisher nicht beobachtet. Meine Versuche sind noch nicht abgeschlossen, und ich hoffe über die hier angedeutete Methode meiner Behandlung der Unterschenkelgeschwüre gelegentlich eingehender berichten zu können. Möglicherweise ist das Oleum Rusci aber auch im Felde ein zuweilen brauchbarer Ersatz für den Perubalsam. Versuche an der einen oder anderen Stelle geben vielleicht Gelegenheit zur Nachprüfung meiner Beobachtungen.“

(Feldärztl. Beil. z. Mm. W. 1914 Nr. 52.)

Zur Tetanusbehandlung. Von Prof. Dr. Riehl (Wien). Verf. empfiehlt, das als Gegenmittel gegen Schlangengift benutzte Chlor prophylaktisch gegen Tetanus anzuwenden, indem man Chlorkalk (Calc. hypochloros.) 1 Teil mit 9 Teilen Bolus alba direkt in die Wunden schüttet, wo das Pulver zunächst recht gut wirkt. Es erfolgt sehr bald Abstoßung nekrotischer Gewebsteile, Desodorisierung und Granulationsbildung. Die Verbände machen keinen Schmerz und sind sehr gut auch für die erste Wundversorgung zu verwenden. Man sollte sie aber vor allem bei verunreinigten und namentlich durch Artilleriegeschosse hervorgerufenen Wunden möglichst bald applizieren, um dem Wachstum der etwa eingeführten Tetanusbazillen hindernd entgegenzutreten und der Entstehung der Toxine vorzubeugen.

(M. Kl. 1915 Nr. 2.)

Tetanusbehandlung. Von Hofrat Dr. Kellermann, zurzeit Stabsarzt am Theresienkrankenhaus Kissingen. Von der Tatsache ausgehend, daß der Tetanusbazillus nur unter Luftabschluß gedeiht, hat Verf. bei einem Tetanusfalle am 13., 14., 15. und 16. Oktober 1914 nach anscheinend vergeblicher intravenöser und subkutaner Einbringung von großen Mengen Antitoxin nur noch das in den Apotheken erhältliche 3%ige Wasserstoffsuperoxyd angewandt. Von diesem wurden täglich 10 ccm in den teilweise zugeheilten oder verklebten Schußkanal genau in der Schußrichtung eingespritzt. Die Wirkung war anscheinend eine vorzügliche. Der Fall kam rasch zur Genesung. Da die Einspritzungen mit Wasserstoffsuperoxyd sehr schmerzten, wurde eine Viertelstunde vorher eine Morphiuminjektion gegeben.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 52.)

Die Behandlung der Gasgangrän im Felde. Von Dr. M. Strauß, Spezialarzt für Chirurgie in Nürnberg. Verf. möchte empfehlen, eine energische Sauerstoffbehandlung der Wunde und der emphysematösen Haut in der Weise durchzuführen, daß die Wunde und die Haut bis weit ins Gesunde mit Wasserstoffsuperoxyd gewissermaßen imprägniert wird. Eine solche Imprägnation, die nachhaltiger wirkt als eine vorübergehende Berieselung, läßt sich am besten mit den festen Wasserstoffsuperoxydpräparaten des Handels durchführen, von denen sich wiederum die in Form von Wundstiften gelieferten Präparate besonders eignen. Vor allem empfehlen sich hierfür die Ortizonstifte, die leicht in jede Bucht der Wunde eingebracht werden können und mit denen sich endlich die emphysematöse und gesunde Haut mit Hilfe eines Troikars gewissermaßen spicken läßt, so daß eine weitgehende Sauerstoffwirkung ohne Hautschnitte ermöglicht ist. Durch entsprechend tiefes Versenken der Stifte unter die Aponeurose und in die Muskulatur läßt sich auch eine entsprechende Tiefenwirkung erzielen. Eine schädliche Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds durch gewaltsame Gewebszerreißung ist nicht zu befürchten, zumal die festen Wasserstoffsuperoxydpräparate hier den sonst als Nachteil betrachteten Vorzug der langsamen und allmählichen Löslichkeit haben. Die Empfehlung ausgedehnter Versuche mit diesem unschädlichen Mittel erscheint bei der Prognose der schweren Infektion wohl berechtigt.

(M. Kl. 1914 Nr. 52.)

Die Behandlung des Erysipels mit Ichthyol. Von Dr. W. Lüth, Hautarzt in Thorn. Die Behandlung geht in folgender Weise vor sich: Sobald die Diagnose klar ist, wird das gesamte befallene Hautgebiet mit reinem Ichthyol mittels eines Holzspatels dick be-

strichen, so daß die Haut nicht mehr durchscheint, und zwar überall gut einen Zentimeter auf die gesunde Haut übergreifend; darauf wird eine nicht zu dicke Schicht Watte gelegt. Ichthyol und Wattedrocknen zu einer festen Decke ein, wodurch neben der chemischen Wirkung auch die Druckwirkung sich geltend macht, die wir beim Kollodium- und Heftpflasterstreifen erstreben. Unter diesem ersten Verband heilt der Herd in der Regel ab, ohne daß der Anstrich erneuert zu werden braucht. In den folgenden Tagen hat man genau darauf zu achten, ob der Prozeß die Grenzen des Ichthyols überschreitet, und das ist meistens an mehreren Stellen der Fall unter gleichzeitigem Temperaturanstieg; sofort müssen diese neuen Stellen wieder bestrichen werden, und die Rezidive hören dann auf. Verf. gibt bei dieser Medikation stets noch ein Salicylpräparat, dem er z. B. bei der Epididymitis einen großen Anteil an der schnellen Resorption des Exsudates zuschreibt; ob es auch beim Erysipel unbedingt notwendig ist, will Verf. nicht entscheiden. Wichtig ist für die Anwendung des Ichthyols, daß es frisch ist; es muß beim Versuch leicht aus der Flasche fließen. Zum Schluß sei noch erwähnt, daß der Verband sich mit Wasser sehr leicht abwaschen läßt.

(D. m. W. 1915 Nr. 3.)

Hochprozentige Karbol-Kampferspiritusinjektionen gegen Phlegmonen in Gelenken und Sehnenscheiden. Von Dr. Georg Wilhelm Schiele. Verf. hat folgende Lösung benutzt:

Acid. carbol. liquefacti 30,0
Camphor trit. . . . 50,0
Spir. vini 8,0.

Karbolvergiftung hat er nie gesehen, wohl aber auffallende Erfolge. Er hat den Eindruck, daß es wohl immer gelingen muß, beginnende phlegmonöse Prozesse in Hohlräumen, z. B. großen und kleinen Gelenken und Sehnenscheiden, zu unterdrücken.

(Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 43.)

Dazu schreibt Privatdozent Dr. G. E. Konjetzny (Kiel): „Die von Schiele angegebene Karbol-Kampferlösung ist bereits vor langer Zeit zur Behandlung von infektiösen Prozessen von Chlumsky angegeben worden. Das Rezept Chlumskys lautet:

Acid. carbol. liquefacti 30,0
Camphor trit. . . . 60,0
Alkohol 10,0.

Ich wende diese Chlumsky-Lösung seit Jahren mit gutem Erfolg bei jauchigen phlegmonösen Prozessen an; mit ihr erzielt man sehr rasch saubere Granulationsflächen. Wir haben dieselbe immer so verwandt, daß Mull in der Lösung angefeuchtet und

nachher, soweit es ging, die Lösung wieder ausgedrückt wurde. Mit diesem angefeuchteten Mull ward die Wunde bedeckt. Auf die die Giftwirkung des Karbols paralysierende Wirkung des Kampfers darf man sich nicht absolut verlassen. Bei sehr großen Wundhöhlen und längerer, zu reichlicher Anwendung des Mittels haben wir gelegentlich typische Karbolintoxikationen gesehen, deren Erscheinungen aber nach Fortlassen der Chlumsky-Lösung rasch schwanden. Abraten muß ich nach unseren Erfahrungen vor der Injektion der Lösung, besonders vor der wiederholten Injektion ins Gewebe bzw. in Gelenke und Sehnenscheiden, wie sie Schiele empfiehlt. Wir haben vor Jahren diese Injektion bei kalten Abszessen versucht, sind aber wegen der Intoxikationsgefahr alsbald wieder davon abgekommen. Ich möchte daher dringend warnen, die Chlumsky-Lösung in der von Schiele empfohlenen Weise anzuwenden (vor allem bei Peritonitis). Dagegen möchte ich aber die Chlumsky-Lösung für die Behandlung phlegmonöser Wunden, besonders bei Pyocyaneus- und Tetanusinfektion, sehr empfehlen, weil sie hier Vorzügliches leistet. Freilich ist sehr maßvolle Anwendung unbedingt zu fordern. (Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 46.)

b) Innere Krankheiten.

Zur Prophylaxe des Flecktyphus. Von Prof. A. Blaschko in Berlin. „Die Prophylaxe des Flecktyphus ist die Prophylaxe der Pediculosis. Das gilt noch mehr für die Kleiderläuse als für die Kopfläuse. Die vom Kaiserlichen Gesundheitsamt herausgegebenen, sehr praktischen „Ratschläge“ enthalten leider über diesen wichtigen Punkt keine Vorschriften; es sei daher hier auf ein einfaches und doch außerordentlich wirksames Mittel gegen Kleiderläuse hingewiesen, das den Vorzug hat, ungiftig, handlich und zugleich billig zu sein, somit von jedem einzelnen in Polen stationierten Soldaten angewendet werden kann: das Naphthalin. Ich pflege es bei Pediculosis des Körpers als 5%iges Naphthalin-Vaseline einreiben zu lassen, würde aber für den Feldzug raten, jedem Soldaten 30—50 g Naphthalinpulver mitzugeben, von dem er, sobald er Juckreiz am Körper verspürt — und das wird in Polen wohl oft genug der Fall sein —, ein kleines Quantum, etwa einen halben Teelöffel, am Hals und Genick unter den Hemdkragen schüttet. Von dort fällt es von selbst allmählich den Rumpf entlang herunter, auch könnte er es, in ein paar Mullsäckchen eingenäht, an einem Band um den Hals tragen. Kleine Mengen des Pulvers, abends ins Bett oder unter das Hemd verstreut, genügen, um sich im Quartier von den ebenso lästigen als gefährlichen Gästen zu schützen.“ (D. m. W. 1915 Nr. 1.)

Weiterer Beitrag zur Frage der Diphtheriebekämpfung und Diphtherieprophylaxe. Von Dr. W. Braun (II. Chirurg. Abteil. des Krankenh. a. Friedrichshain, Berlin). Auf Grund weiterer Erfahrungen betont Verf. erneut die große Bedeutung der Diphtherieserum-Schutz- und Frühbehandlung. (D. m. W. 1914 Nr. 23.)

Ueber Adrenalin-Pituitrinbehandlung. Von Priv.-Doz. Dr. P. Rohmer (Mediz. Univ.-Klinik Marburg). Dem Zufall des gerade zur Verfügung stehenden Materials entsprechend, kamen hauptsächlich schwere Kreislaufstörungen bei Pneumonie, Diphtherie und Typhus zur Behandlung. Jüngere Kinder erhielten 0,25 ccm des 1‰igen Hypophysenpräparates und 0,5 ccm der 1‰igen Adrenalinlösung gleichzeitig eingespritzt (ältere Kinder event. bis zur doppelten Dosis), gewöhnlich 6 stündlich, dazwischen jedesmal noch eine Kampfer- oder Koffeinspritze. Die Behandlung bewährte sich selbst bei recht schweren Zuständen von Herzschwäche und Kollaps. (M. m. W. 1914 Nr. 24.)

Ueber die therapeutischen Leistungen der Lumbalpunktion. Von Prof. Dr. H. Quincke in Kiel-Frankfurt a. M. Grundsätze für die Anwendung der Lumbalpunktion. 1. Die L.-P. ist grundsätzlich anzuwenden bzw. zu versuchen überall da, wo bei einer lebensbedrohenden zerebrospinalen Drucksteigerung ein Flüssigkeitserguß als Ursache oder als mitbeteiligt vermutet oder als möglich angenommen werden darf.

2. Auch bei minder schweren Drucksymptomen gleichen Ursprungs ist von der L.-P. Linderung der Beschwerden (Kopfschmerz, Benommenheit, Erbrechen) zu erwarten.

3. In akuten Fällen einfacher seröser Transsudation (entzündlich oder nicht entzündlich) wird oft schon durch eine L.-P. auffällige Besserung und eine entschiedene Wendung des Krankheitsverlaufs herbeigeführt.

4. Wo die Besserung vorübergeht, muß die Punktion wiederholt werden, in akuten Fällen täglich (oder noch öfter), dann allmählich seltener, in chronischen Fällen in Intervallen von 3 bis 10 Tagen, selbst monatelang.

5. Bei diesen fortgesetzten Punktionen sind bei der Indikation für den einzelnen Eingriff ebensowohl der Krankheitsverlauf wie die einzelnen Symptome und die Ergebnisse der früheren Punktionen zu berücksichtigen.

6. Bei jeder L.-P. sind die technischen Regeln bezüglich Ausführung und Nachbehandlung genau zu beachten, sind Anfangs- und Enddruck sowie die entzogene Flüssigkeitsmenge zu messen.

Wie letztere weiter zu untersuchen ist, hängt von der bestehenden Krankheit ab.

7. Bei eitriger bazillärer Zerebrospinalmeningitis wird durch methodisch wiederholte Punktionen sicher sehr häufig günstiger Ausgang ermöglicht, bei tuberkulöser wenigstens in seltenen einzelnen Fällen.

8. Hirntumoren oder der Verdacht darauf bilden keine Kontraindikation gegen L.-P., wenn dieselbe mit gehöriger Vorsicht ausgeführt wird. Die Punktion kann, wiederholt, Besserung der Symptome für längere Zeit, selbst bis zum Verschwinden der Stauungspapille zur Folge haben. (Ther. Mh. 1914 Nr. 7.)

Fortschritte der medikamentösen Therapie bei Blutkrankheiten. Von Prof. Dr. P. Morawitz (Aus der medizinischen Klinik in Greifswald). Es sei wiedergegeben, was Verf. über die Kalziumtherapie sagt: Verf. sah bei weitem die schönsten Erfolge bei chronischer Urticaria unbekannter Aetiologie. Aber auch bei Blutkrankheiten, speziell hämorrhagischen Diathesen (Purpura), glaubt er in einigen Fällen Günstiges gesehen zu haben. Endlich wäre die Kalktherapie natürlich auch bei den sekundären hämorrhagischen Diathesen heranzuziehen, wie sie bei Infektionskrankheiten, Leukämien, schweren Anämien beobachtet werden. Bei der Hämoptoë der Phthisiker und Bronchiektatiker hat Verf. bisher vom Kalk keine überzeugenden Erfolge gesehen. Die Hämoptysen wiederholten sich auch nach Einleitung der Therapie. Verordnet wird gewöhnlich die Solutio Calc. lactici $3,0/100,0$, mehrmals täglich einen Eßlöffel. Voorhoeve ist allerdings der Ansicht, daß nur sehr große Kalkdosen von Erfolg sind. Er ordiniert bis 15 g Kalziumlaktat p. d. Verf. möchte sich dieser Empfehlung nicht anschließen, um so weniger, als das Kalzium doch auch nicht ganz unschädlich ist. Schwerere Störungen hat Verf. allerdings selbst nie gesehen. Wohl aber ist ihm ein Fall von Anurie mit Oedemen nach Kalziumdarreichung bekannt, der allerdings nach Aussetzen der Medikation schnell und völlig heilte. Häufiger aber sah er Obstipation, selbst nach Verordnung der oben erwähnten kleinen Dosen. Das Kalziumchlorid ist besser ganz zu vermeiden. Es wird vom Magen weniger gut vertragen. Und dann droht bei ihm die Verwechslung mit dem unterchlorigsauren Salz (Calcar. chlorata). (Ther. Mh. 1914 Nr. 6.)

Das Bergoniésche Entfettungsverfahren. Von Dr. Alfred Fürstenberg (Aus der Hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin). Im Jahre 1909 machte Bergonié in Bordeaux nach größeren experimentellen Untersuchungen Mitteilung von

einem neuen elektrischen Entfettungsverfahren. Große Muskelpartien des Körpers werden dabei durch einen desonderen faradischen Strom in rhythmische, von Ruhepausen unterbrochene Kontraktionen versetzt. Die Muskeln sind mit schweren Sandsäcken belastet. Sie müssen bei jeder Kontraktion diese Last um etwa 2 cm heben, und so wird eine vom Willen unabhängige Muskularbeit geleistet. Die Anwendung selbst geschieht nun in der Weise, daß der Patient sich möglichst entkleidet auf den Stuhl legt, nachdem vorher noch die Rücken- und Gesäßelektroden zur besseren und gleichmäßigeren Leitendmachung mit in Salzwasser angefeuchteten Tüchern bedeckt sind. Für Ober- und Unterarm sowie Oberschenkel, Waden und Bauch sind noch besondere Elektroden vorgesehen, die je nach der Empfindlichkeit des Patienten in mehr oder minder großer Anzahl angewendet werden können. Der faradische Reiz wird bei der richtigen Applikation des Bergoniéschen Entfettungsverfahrens nicht unangenehm empfunden. Die Patienten gewöhnen sich sehr bald daran und haben kein Unbehagen. Die Behandlung wird von anfangs 10 Minuten allmählich auf 30 Minuten und später bis zu 1 Stunde ausgedehnt und kann täglich 2mal gegeben werden. Was die Gewichtsverluste betrifft, so möchte Verf. von vornherein bemerken, daß in den meisten Fällen ohne gleichzeitige Diät sich ein nennenswerter Gewichtsverlust nicht erzielen läßt. Gewöhnlich wurde so verfahren, daß die Patienten erst eine Zeitlang nur mit dem Bergonié behandelt wurden und daß erst in einer zweiten Periode zu dieser Behandlung eine Diätkur hinzukam. Es zeigte sich so deutlich, daß die Gewichtsverluste in der zweiten Periode bedeutend stärker waren als in der ersten Periode. Eine ungefähre Zahl für den Gewichtsverlust in 1 Woche oder für 1 Tag läßt sich nicht angeben. Es wird dies von der Länge der Sitzung, von ihrer Häufigkeit und von der gleichzeitigen Diät abhängen. Es unterstützt sicherlich der Bergoniéapparat die Entfettungskur, besonders bei solchen Fettleibigen, die eine schwache Muskulatur besitzen oder sich auch, wie viele Willensschwache, nur wenig Bewegung machen. Dadurch, daß die Patienten sich nach der Sitzung erfrischt und muskelgestärkt fühlen, betätigen sie sich körperlich stärker, und das ist natürlich von Wichtigkeit. Auffallend ist jedenfalls, daß, wovon Verf. sich auf Grund von ganz genauen Messungen überzeugen konnte, der Leibesumfang auch bei geringer Gewichtsabnahme oft stark zurückging. Auch bei Herzkranken wirkt der Bergoniéstuhl in vielen Fällen günstig. Wir können die zu leistende Arbeit genau dosieren, was für Fettleibige mit insuffizientem Herzen besonders wichtig ist. Jedenfalls ist aber bei Herz- und Gefäßleidenden der Puls während der Sitzung genau zu

beobachten. Dann aber können wir mit diesem Verfahren sehr rationell, ähnlich wie bei einer sonstigen Uebungskur, den Herzmuskel üben und kräftigen. Aber auch sonst kann der Bergonié, wie besonders von Nagelschmidt beschrieben, bei manchen Erkrankungen gute Dienste leisten. So vor allem bei der chronischen Obstipation, wo Verf. gute Erfolge sah. Auch zur Verhütung von Atrophien nach Lähmungen und Extremitätenfrakturen wird er benutzt werden können. Ferner hat Brommer ihn in der Erlanger Universitäts-Frauenklinik mit günstigem Erfolge zur Kräftigung der Bauch- und Beckenbodenmuskulatur nach dem Wochenbett und nach Bauchoperationen verwendet. Auf der andern Seite wird bei Leuten mit gesteigertem Blutdrucke sicher eine gewisse Vorsicht obwalten müssen. Ferner hat Verf. schon im Dezember vorigen Jahres in der Hufelandischen Gesellschaft zu Berlin darauf hingewiesen, daß man Schwangere dieser Behandlung nicht unterziehen darf. Daher ist es nicht angängig, daß sich, wie schon vielfach geschehen, nicht ärztlich geleitete Institute auftun, die ohne ständige ärztliche Beaufsichtigung der Patienten diesen Stuhl planlos in allen ihnen geeignet erscheinenden Fällen empfehlen.
(M. Kl. 1914 Nr. 19.)

Raphanose, ein sicheres Mittel gegen Gallensteine. Von Dr. Schian, Generalarzt a. D., Friedland (N.-L.). Ein Mittel, das seit 15 Jahren erprobt, von Gerhardt seinerzeit empfohlen, ungezählten Gallensteinkranken Heilung gebracht hat. Aus Rettichsaft ist Raphanose hergestellt, und zwar nach den von Gerhardt seinerzeit angegebenen Prinzipien. Nach Verf. Erfahrung hat kein anderes Rettichpräparat auch nur annähernd die gleichen Erfolge wie Raphanose aufzuweisen. Gallensteinkoliken, die seit 20 Jahren bestanden, Fälle, in welchen die Operation als letzte verzweifelte Möglichkeit für die Heilung übrigblieb, Fälle, in welchen der Gesamtzustand ein Bild schwerster Kachexie darbot, sind dauernd geheilt worden. Raphanose ist frei von allen schädlichen Nebenwirkungen; sie kann während der Schwangerschaft und des Selbststillens genommen werden, und sie hat eine sehr günstige Nebenwirkung auf gleichzeitige Katarrhe der Luftwege; die einzige geringe Belästigung ist ein leicht zu ertragender Rettichgeruch, den der Kranke während des Gebrauchs empfindet und verbreitet; sie stellt eine leicht zu nehmende Flüssigkeit dar (täglich nüchtern 30 g, event. abends wiederholt); zu einer 4 wöchigen Kur genügen 3 Flaschen zu je 4 Mk. Raphanose löst die Gallensteine in wenigen Wochen auf. Verf. hat in vielen Jahren auch nicht einen Fall des Versagens erlebt. Die Raphanose wird von Frau v. Barby in Weimar hergestellt und versandt.
(Allg. m. Ztg. 1914 Nr. 10).

Ueber erfolgreiche Behandlung des Tic convulsif durch Chlorkalzium. Von Rudolf Emmerich und Oskar Loew. In 2 Fällen wurden recht gute Resultate erzielt. Die Patienten nahmen 3 mal täglich einen Kaffeelöffel von

Rp. Chlorcalc. cryst. pur. 10,0

Aq. dest. 50,0.

(M. m. W. 1914 Nr. 47.)

Ein mit Quarzlicht behandelter Fall von diabetischer Hautgangrän. Von Dr. Mitschke in Gnesen. Nasengangrän wurde sehr günstig beeinflusst. (Derm. Zbl., Juli 1914.)

C. Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Behandlung der Schweißfüße. Von Dr. H. Althoff in Attendorn i. W. Die einfachste und erfolgreichste Behandlung der Schweißfüße ist folgende: Die Füße werden mit warmem Wasser und Seife gründlich gewaschen, dann ordentlich abgetrocknet. Sogleich danach werden Fußsohle, untere und Zwischenfläche der Zehen, unterer Fußrand und etwa $\frac{1}{2}$ cm oberhalb des ganzen unteren Fußrandes eingepinselt mittels eines kleinen Wattebausches, der getränkt ist mit:

Rp. Formaldehyd 35 %
Aq. dest. aa ad 100,0.
Zur Einpinselung.

Diese eingepinselte Flüssigkeit muß an der Haut der Füße eintrocknen, dann erst sollen die Socken wieder angezogen werden. Im allgemeinen reibt man 3 Tage nacheinander je einmal ein. Die Wirkung ist geradezu frappant und hält für etwa 4—6 Wochen an, dann muß wieder 1—2 mal eingepinselt werden. Nach mehrmaligen Einpinselungen verliert sich die Hyperidrosis mehr und mehr. Alle anderen Mittel — Puder, Salbe, Tinkturen — sind nach meinen Erfahrungen weniger zweckentsprechend, zum Teil ganz nutzlos und dabei recht teuer. Verf. rät dringend, schon prophylaktisch bei Soldaten, welche zu Schweißfüßen neigen, die erwähnte Einreibung vor größeren Märschen wenigstens einmal zu machen. Wundgelaufene Füße werden dann viel seltener vorkommen, die Marschfähigkeit wird sich wesentlich erhöhen.

(D. m. W. 1914 Nr. 52.)

Behandlung der Frostbeulen. Von Sanitätsrat Dr. Schwering (Billerbeck): Man überpinselt reichlich mit Jodtinktur, streicht, sobald diese eingetrocknet ist, reines Ichthyol darüber und drückt

reichlich Watte hinein, soviel nur kleben bleiben will. Strumpf oder Handschuhe schützen den Verband genügend, der je nach Schwere des Falles 3—8 Tage liegen bleiben und trocken gehalten werden muß. Der Juckreiz verschwindet sofort, Röte und Schwellung nach Abnahme des Verbandes. Bisher kein Mißerfolg. (M. Kl. 1914 Nr. 47.)

Therapeutische Verwendung des Desinfektionsmittels Grotan. Von Dr. Hermann Mayer in Berlin. „Es lag auf Grund der angegebenen Tatsachen nahe, das Mittel meinen gonorrhoeerkrankten oder an Fluor leidenden Patientinnen zu Spülungen, die sie selbst zu Hause ausführen konnten, in die Hand zu geben. Ich ließ die Spüllösung in der Weise herstellen, daß 1 Tablette Grotan in 1 l Wasser von 40° C aufgelöst wurde. Die Wirkung war in allen Fällen eine auch für die Patientinnen in die Augen fallende. Sowohl der eitrige, gonorrhoeische wie der nichtgonorrhoeische Ausfluß nahmen meist schon nach 1—2 wöchentlicher Anwendung deutlich ab oder schwanden völlig. Die Gonokokken waren aus dem Zervikalsekret meist nach 8 tägiger Anwendung, oft schon früher, verschwunden, was allerdings nicht viel besagen will, da sie in diesem Sekret oft sehr schwer zu finden sind. Zur Erklärung der Wirkung kommt auch bei dem Grotan nicht nur die bakterizide Kraft, sondern auch die Nährbodenverschlechterung durch das Mittel in Betracht. Ueber Nebenwirkungen wurde nicht geklagt. Auf Befragen gaben fast alle Patientinnen an, daß sie ein leichtes Brennen oder Prickeln während und nach der Spülung verspürt hätten. Wegen der fast vollkommenen Geruchlosigkeit des Mittels wenden es viele Patientinnen seit der Behandlung ständig mit Vorliebe zu Vaginalspülungen an. Selbstverständlich kann ein derartiges Spülmittel nur eine unterstützende Rolle bei der Therapie der weiblichen Gonorrhoe spielen. Eine antigonorrhoeische Lokalbehandlung der Urethra und Zervix wird nach meinem Standpunkt in allen Fällen, in denen keine Kontraindikation vorliegt, nötig sein. Das Grotan hat mir ferner bei der Behandlung des Ulcus molle gute Dienste geleistet. Ich habe neben der gewöhnlichen Therapie den Patienten täglich bis zur Reinigung des Ulcus einer 5—6 Minuten langen Abspülung desselben mit Grotanlösung unterworfen. Zu diesem Zweck wurde eine $\frac{1}{2}$ % ige Grotanlösung hergestellt und in einen Irrigator eingefüllt. Ich wählte durchschnittlich eine Temperatur von 40—42° C. Die Reinigung der Ulzera ging sehr schnell von statten, so daß ich das Grotan auch zur Unterstützung bei der Therapie des Ulcus molle empfehlen kann.“

(M. m. W. 1914 Nr. 16.)

Wie muß ich mich verhalten, um meinen Urologisch-kranken nicht zu infizieren? Von Dr. Stutzin, Berlin.

1. Vermeiden Sie möglichst, den Penis mit den nackten Fingern zu berühren, sondern umwickeln sie ihn zuerst mit einem Watte-ring oder ziehen Sie Gummihandschuhe an.

2. Wischen Sie gründlich Meatus und Glans mit einem in Hg. oxycyan. 1 p. m. getauchten Wattebausch ein, aber zentrifugal, das heißt erst Meatus und dann Glans, und nicht zentripetal, erst Glans und dann Meatus, wie es noch häufig geschieht.

3. Halten Sie mit einer Hand die Harnröhre hinter der Glans zu und spülen Sie die Fossa navicularis mit etwa $\frac{1}{4}$ l warmen Hg. oxycyan. 1 : 5000, dann spülen Sie die ganze Anterior in gleicher Weise und füllen endlich die ganze Blase mit der Flüssigkeit.

4. Jetzt führen Sie das Instrument vorsichtig ein. Die Sonde usw. übergießen Sie aus einem speziellen Fläschchen mit der Gleitflüssigkeit, aber tauchen Sie es ja nicht in das übliche Stand-glas ein.

5. Nach Entfernung des Instruments lassen Sie den Kranken die eingeführte Flüssigkeit ausurinieren. (M. Kl. 1914 Nr. 18.)

Weitere Beiträge zur Behandlung der Hypertrichose mit Röntgenstrahlen. Von Dr. Demetrius Chilaidditi in Konstantinopel, Pera. „Zusammenfassung: Durch die Vorepilation der Haare läßt sich die Röntgenempfindlichkeit der Papille steigern. Je zarter das Haar, je geringer sein Wachstum, um so geringer ist die Röntgenempfindlichkeitssteigerung. Bei zartem Flaum ist sie am geringsten. Es ist infolgedessen die Röntgenbehandlung des Flaumes undankbar, nicht nur weil der Flaum für Röntgenstrahlen a priori ziemlich unempfindlich ist, sondern auch weil seine Sensibilitätssteigerung sehr gering ist. Bei gut entwickelten Haaren, sowohl an der Oberlippe, wie auch ganz besonders am Kinn, beträgt die Empfindlichkeitssteigerung unter günstigen Umständen ein Drittel der Epilationsdosis. Durch diese Methode können bei obigen Fällen dauernde Epilationsresultate erreicht werden, ohne daß die Haut weiter geschädigt wird. Dies, wenn man will, in einer einzigen Sitzung. Die Applikation in mehreren Sitzungen, sei es aus anfänglicher Vorsicht, sei es aus irgend einem anderen Grunde, kann im Prinzip nicht verworfen werden, ist aber im allgemeinen überflüssig. Die definitive Epilationsdosis gut entwickelter, auf obige Weise sensibilisierter Gesichtshaare durch über mittelstarke, stark filtrierte Röntgenstrahlen ist diejenige Dosis, durch die eine schwache (eben sichtbare) bis mittelstarke Reaktion ersten Grades erreicht wird (10—12 H., 15—18 H.).“

(M. m. W. 1914 Nr. 46.)

Die Behandlung der Lues congenita mit Embarin. Von Dr. Romeo Monti (Aus dem St. Anna-Kinderspital in Wien). Auf Grund seiner klinischen Erfahrungen kommt Verf. bezüglich der Embarinbehandlung bei der kongenitalen Lues des Kindesalters zu folgendem Schluß: 1. Die Salvarsantherapie der Lues congenita im Kindesalter gibt keine besseren Resultate als die bisher übliche Quecksilberbehandlung, was die große Anzahl von Rezidiven nach Salvarsan beweist. 2. Die subkutane Quecksilbereinverleibung ist gegenüber der Quecksilberdarreichung per os entschieden prompter und nachhaltiger. 3. Die Embarinbehandlung ist wegen des größeren Quecksilbergehaltes bei relativ geringer toxischer Wirkung heute als die zweckmäßigste Art der Quecksilbermedikation zu bezeichnen. 4. Zur Vermeidung einer Quecksilberintoxikation ist das Embarin in kleinen Dosen, das heißt bei Säuglingen 3—4 und bei größeren Kindern 5—7 Teilstriche einer 1 g-Spritze, jeden 2.—3. Tag zu injizieren. 5. Schwere toxische Erscheinungen treten bei Kindern nur selten auf, und zwar nur dann, wenn man in zu rascher Aufeinanderfolge größere als die angegebenen Dosen anwendet, wobei durch Quecksilberaufstapelung im Organismus eine Quecksilbervergiftung zustandekommt. 6. Die subkutane Embarineinverleibung ist in allen jenen Fällen vorzuziehen, bei denen von vornherein Darmstörungen die interne Quecksilberdarreichung unmöglich machen oder Hautausschläge spezifischer oder anderer Natur die Schmierkur verbieten.

Andererseits verdient die Embarinbehandlung überall dort den Vorzug, wo es wegen der Schwere der Allgemeinerscheinungen auf eine energische oder aus anderen Gründen auf eine kurzfristige und nachhaltige Therapie ankommt. (W. m. W. 1914 Nr. 47.)

d) Augenkrankheiten.

Behandlung der Blepharitis ciliaris mit Levurinose-Hefeseife. Von San.-R. Dr. Korn (Buxtehude). „Man wäscht mit möglichst warmem Wasser, damit die Seife tüchtig schäumt, das Gesicht mit der Hefeseife und trägt dabei einen recht dicken Levurinose-Hefeseifenschaum auf die geschlossenen Augenlider auf. Der Seifenschaum muß möglichst lange haften bleiben und wird dann abgespült. Die Wirkung ist frappant. Alle Borken, Schorfe und Schuppen lösen sich leicht ab und bilden sich bei fortgesetztem Gebrauch der Hefeseife nicht wieder. Daß, um Rezidiv zu verhindern, die Seife zunächst nicht vom Waschtisch des Patienten verschwinden darf, ist kein Fehler; denn es ist kaum denkbar, eine angenehmere Seife für die Gesichtshaut zu finden als diese Levurinoseseife“. Dieselben, alle Erwartungen übertreffenden

Ergebnisse, wie bei der Blepharitis ciliaris, konnte Verf. mit der Levurinoseseife bei Acne faciei und skrofulösen Gesichtsektzemen erzielen.
(Allg. m. Zztg. 1914 Nr. 30.)

Zur Behandlung der Lichtscheu bei Conjunctivitis ekzematosa. Von Dr. Hans Peterka (Aus dem Kaiserin-Elisabeth-Kinderhospital der Stadt Wien in Bad Hall, Oberösterreich). Einträufelung einer 5%igen wässrigen Lösung von Optochin. hydrochloric. in Zwischenräumen von einigen Tagen hat sich bei 2 sehr hartnäckigen Fällen gut bewährt. Nur kleine Mengen vorrätig halten, da die Lösung sonst an Wirksamkeit verliert.

(M. m. W. 1914 Nr. 22.)

Elastisches Augenverbandkissen. Von Sanitätsrat Dr. Wolffberg in Breslau „Eine gewisse Elastizität ist von jedem Augenverbande zu verlangen; es gibt aber Fälle, in welchen an die Elastizität erhöhte Anforderungen gestellt werden müssen —, das sind u. a. Fälle von subkonjunktivalen und Vorderkammerblutungen, Fälle von Hornhauterosionen und ganz besonders solche von Netzhautablösung. Die Elastizität der von mir eingeführten sterilisierten Augenverbandauflagen, welche nebst meinen ovoiden Lederschildbinden von der Firma Rudolf Reiss-Charlottenburg seit Jahren hergestellt werden, reicht für Augenverbände im allgemeinen nicht nur aus, sondern übertrifft erheblich die üblichen Watte-Mullauflagen; dabei bieten sie die Bequemlichkeit, daß sie bereits sterilisiert, also jederzeit gebrauchsfertig zur Hand sind. Für die genannten Fälle, in welchen auf die Elastizität des Verbandes ganz besonderes Gewicht gelegt werden muß, bediene ich mich aber seit einiger Zeit elastischer, mit Kapok, d. i. Pflanzenfaser, gefüllter Leinwandkissen von ovoider Form, und zwar entweder dieser allein oder zusammen mit den sterilisierten Verbandauflagen. Kapok ist ein Produkt des ostindischen Wollbaumes (Eriodendron); es ist ein der Rohseide überaus ähnliches, sehr weiches und elastisches Füllmaterial von großer Leichtigkeit und besitzt vor der Watte den Vorzug, die Elastizität des Verbandes ziemlich unbegrenzt konstant zu erhalten. Die Fähigkeit der Watte, Sekrete aufzusaugen, kommt hier nicht in Betracht. Ein elastischer Verband setzt Trockenheit des Auges bis zu einem gewissen Grade voraus, und um das Kissen wenigstens gegen leichteres Tränen zu schützen, ist ihm ein Lintovoid beigegeben, welches als Unterlage dient. Zuweilen bewirkt der Kissenverband ein Aufhören selbst erheblichen Tränens; andernfalls ist ein Erfolg nur durch Wechseln der Kissen zu erzielen, denn mit der Durchnässung des Kissens schwindet auch seine Elastizität. Aber gerade darin, daß

man bei ambulanter Behandlung dem Patienten selbst den Verbandwechsel überlassen kann, liegt ein großer Vorzug des Kissenverbandes. Bei der traumatischen Hornhauterosion z. B. wird nur ein leicht elastischer Kissenverband sehr angenehm empfunden; es ist aber unausbleiblich, daß sich im Anfangsstadium reichlich Tränen im Auge ansammeln, welche heftige Schmerzen verursachen, die nur durch Herauslassen der Tränen und Verbandwechsel behoben werden können. Da ist es dann außerordentlich angenehm für den Patienten, den Verbandwechsel ohne Hilfe des Arztes vornehmen zu können. Meist genügt es, das Lintovoid gegen ein neues umzutauschen; unter Umständen ist aber auch das Auswechseln des Kapokkissens angezeigt. Bei der Behandlung von subkonjunktivalen Blutungen erreicht man mit den Kissenverbänden eine raschere Resorption, auch wenn sie nur zeitweise und vom Patienten selbst angelegt werden. Bei Blutungen in die Vorderkammer sind natürlich Dauerverbände notwendig; aber auch bei diesen Verbänden, welche der Arzt allein anzulegen hat, bewähren sich die Kissen durch ihre Elastizität, daneben auch durch die Sicherheit des Liegenbleibens. Der eigentliche Grund, mit der Veröffentlichung der Kapokkissen hervorzutreten, liegt indessen in den überaus günstigen Erfahrungen, welche ich in der Behandlung der Netzhautablösung mit denselben gemacht habe. Ich bin weit entfernt, den Druckverband an sich etwa als Heilmittel gegen Ablatio retinae zu empfehlen; vielmehr stehe ich im großen ganzen auf dem Standpunkt, welchen Emanuel-Frankfurt a. M. vertritt. Ich beobachte gleich ihm zunächst, wie sich die Ablösung bei Lagerungsveränderungen verhält; es läßt sich oft feststellen, daß die subretinale Flüssigkeit in Rückenlage des Patienten keine Neigung zur Resorption zeigt, aber bei ruhigem Sitzen und auch Herumgehen sich senkt und dann auffallend rasch verschwindet. Ganz ohne Verband soll man aber den Patienten während dieser Zeit nicht lassen, nur sind die vielfach empfohlenen Schnürverbände direkt von Übel; vielmehr ist gerade hier das Anlegen eines leicht elastischen Verbandes mit dem Augenverbandkissen angezeigt. Bei mangelndem Erfolge kommt dann die Operation in Frage; eine Allgemeinbehandlung — event. Tuberkulinkur — hat ihr vorauszugehen. Nach meinen, freilich nur spärlichen Erfahrungen, ist die Kombination des operativen Verfahrens von Birch-Hirschfeld mit dem von Elschmig am ersten zu empfehlen; aber auch hier ist, wie Fehr betont (Graefes Arch. f. Ophth. 85, H. 2) der Druckverband als Nachkur äußerst wichtig. Ich halte es für nicht minder wichtig, daß der zwar anfänglich intensive Druckverband nach und nach in einen leicht elastischen übergeführt werde, da der feste Druckverband nach mehr weniger

langer Dauer nachteilig zu wirken pflegt. Auch soll man nicht plötzlich mit dem Verbande aufhören, sondern ihn in leichtester Art bei Tage stundenlang, zumal beim Herumgehen, tragen lassen. Was unter leichtestem Grad zu verstehen, darin ist das Gefühl des Patienten am ehesten maßgebend, und in dieser Beziehung ist eine Binde wie meine Lederschildbinde, welche nicht an geschlossenem Gummiband hängt, sondern mit freien Körperbändern beliebig fest geknüpft werden kann, wohl als zweckentsprechend zu empfehlen. Mit den hier besonders hervorgehobenen wenigen Indikationen ist das Anwendungsgebiet der Verbandkissen natürlich nicht erschöpft: ich gebe mich der Erwartung hin, daß die Kollegen, welche sie, zumal in Verbindung mit der Schildbinde, einmal in Gebrauch genommen, das Indikationsgebiet gern erweitern werden. Der Kostenpunkt¹⁾ ist freilich höher als bei einem einfachen Wattebausch, aber abgesehen, von den therapeutischen Vorteilen, hat ein Augenverbandkissen auch längere Lebensdauer.“

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 51.)

Das Emser Augenbad. Von Dr. W. Meuser (Ems). Verf. kann die guten Erfolge des Emser Augenbades, das er seit 1906 anwendet, nur bestätigen. Seit 1908 gebrauchte er 1%ige Lösungen von natürlichem Emser Salz oder auch Emser Kränchen, läßt 2—3mal täglich die erkrankten Augen je 1 Minute lang baden, dabei die Lider fleißig öffnen und schließen, damit die mechanische Wirkung des Spülens recht kräftig ist. Besonders die chronische Lidrandentzündung, die bekanntlich allen Arzneimitteln trotz, heilt bei längerem Gebrauch des Emser Augenbades gut ab, wie auch von zwei befreundeten Ärzten, die selbst daran litten, und die alle üblichen Salben vergeblich angewendet hatten, bestätigt wurde. Verf. läßt bei der chronischen Lidrandentzündung nach dem Augenbad noch 3%ige Bor-Vaseline auf die Lidränder und zwischen die Wimpern streichen.

(Wschr. f. Ther. d. Aug. 1914 Nr. 32.)

e. Geburtshilfe und Gynäkologie.

Pituglandol bei Placenta praevia. Von Dr. Robert Cohn in Berlin. Verf. glaubt auf Grund eines mitgeteilten Falles berechtigt zu sein, dem Praktiker bei nicht unmittelbar lebensbedrohlichen Placenta praevia-Blutungen auch in der Eröffnungsperiode

¹⁾ Preis des Augenverbandkissens mit abnehmbarem Lintovoid in Pergaminbeutel 2 Stück 25 Pfg., einer Lederschildbinde mit steriler Verbandsauflage 40 Pfg. Bei direktem Bezug aus der Fabrik von Dr. Rud. Reiss, Charlottenburg 4, erhalten Ärzte Vorzugspreise.

zunächst einen Versuch mit der Injektion eines Hypophysenextraktes anzuraten. Der Vorteil, ohne inneren Eingriff auszukommen, ist gerade bei der Placenta praevia wegen der Infektionsgefahr von nicht zu unterschätzender Bedeutung. (D. m. W. 1914 Nr. 28.)

Ueber Wehenmittel. Von Albert Tassius. (Aus der Provinzial-Frauenklinik und Hebammenlehranstalt zu Breslau.) Chinin dient, um bei primärer Wehenschwäche kräftige und anhaltende Wehentätigkeit zu erzielen, sowohl bei Geburten als bei Aborten. Pituglandol wird angewandt bei sekundärer Wehenschwäche in der Austreibungsperiode, um schnelle Wirkung zu bekommen, in diesem Sinne wirken auch Pituitrin, Glanduitrin und Coluitrin. Secacornin findet fast ausschließlich post partum Verwertung zur Bekämpfung der Atonia uteri, kombiniert mit Pituglandol. Als wehenerregendes Mittel z. B. zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt fand nur die Dilatation und Einführung der Glyzerin-Hammelblase Anwendung. (Arch. f. Gyn. 1914 H. 3. — M. m. W. 1914 Nr. 42.)

Bei der Entfernung von Laminariastiften hat man oft Schwierigkeiten. Es wird nun ein ganz einfacher Handgriff empfohlen, der in vielen Fällen vor den Schwierigkeiten bewahrt. Es waren unter den Fällen solche, in denen bereits andere Kollegen den erreichbaren Teil des Quellstiftes ganz zerfetzt hatten. Der Kunstgriff ist folgender: Man faßt den Stift mit einer kräftigen, großen Klemme, die vordere Muttermundslippe mit einem Muzeux, zieht den Stift vulvawärts mit der linken Hand und schiebt mit der rechten Hand die Hakenzange energisch bauchwärts.

(Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 41.)

Ueber die Anwendung von Euphyllin zur Hebung der Diurese bei der Eklampsie. Von Prof. Dr. Karl Reifferscheid (aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik in Bonn). Bei 16 aufeinanderfolgenden Fällen wurde stets durch Euphyllinsuppositorien (tägl. 3 Stück à 0,36) prompte Wirkung erzielt; nur 1 Todesfall, trotzdem einige recht schwere Fälle vorlagen. Verf. rät deshalb, in jedem Fall von Eklampsie diese Therapie einzuschlagen.

(Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 30.)

Ueber Lavonat, ein neues Präparat zu Scheidenspülungen. Von Dr. A. Hirschberg, Frauenarzt, Berlin. Das von der Ozetfabrik von Elkan Erben unter der Bezeichnung „Lavonat“ in den Handel gebrachte Erzeugnis ist ein weißes, feinkristallinisches, farb- und geruchloses Pulver, das in einzelnen flachen Originalbeuteln, die für 5—6 Spülungen ausreichend sind, zu dem billigen

Preise von 25 Pfg. abgepackt ist, während die für längere Zeit ausreichenden größeren Schachteln 1,25 Mk. kosten. Es ist ein Gemisch aus Natriumperborat und Natriumpyrophosphat und enthält nach den Angaben der Fabrik ca. 10% Ozet. Auf dem Inhalt eines Irrigators nimmt man ungefähr einen Teelöffel Lavonat. Dasselbe ergibt eine schwache, borax- und natriumpyrophosphathaltige Lösung in Wasserstoffsuperoxyd. Durch die im Scheidensekret bzw. in der Schleimhaut vorhandenen Fermente findet auf biologischem Wege eine Abspaltung des Sauerstoffs in Gestalt des Ozets statt, so daß man — bei möglichst langsamer Spülung — von einem intravaginalen Ozetbade sprechen könnte. Merkwürdig ist dabei die wertvolle Tatsache, daß die Frauen Lavonatspülungen heißer vertragen oder, besser gesagt, nicht so heiß empfinden als gleich temperierte Spülungen anderer Art. Nun wäre an sich die Verwendung des Natriumperborats als Ausgangsmittel für Wasserstoffsuperoxyd enthaltende Lösungen nichts grundsätzlich Neues. Das technisch Ausschlaggebende ist hier aber die Anwesenheit des Pyrophosphats, welches nach L. Sarason antikatalytisch wirkt, bzw. die Zersetzung des Wasserstoffsuperoxyds durch Katalysatoren oder Erwärmung merklich verzögert. Durch diese Maßnahme wird beim Lavonat erreicht, daß die Abspaltung der Ozetbläschen nicht momentan und heftig, sondern langsam und allmählich, nicht nur auf der Schleimhaut sondern auch in der Schleimhaut erfolgt, daß also nicht durch die Bläschendecke eine Art Selbstsperrung vor sich geht, sondern ein tieferes Eindringen der Wasserstoffsuperoxydlösung, die im vorliegenden Falle behufs Schleimlösung alkalisch reagiert, ermöglicht wird. Verf. hat das Präparat in seiner Poliklinik bei einer großen Anzahl von Fällen mit Fluor verschiedenster Provenienz anwenden lassen. Ueberall mit dem Erfolge, daß die antiseptische und reinigende Wirkung des Mittels deutlich zutage trat. Bei chronischer Gonorrhoe, Colpitis granulosa, Endometritis chronica, Colpitis senilis, jauchenden Karzinomen war nach Anwendung des Lavonats in zirka 14 Tagen ein Schwinden bzw. Nachlassen des Ausflusses zu konstatieren. Von großem Vorteil erwies sich dabei der Umstand, daß Schleim und Fluor durch die Lavonatlösungen nicht zum Gerinnen gebracht werden und daß hierdurch eine bessere Tiefenwirkung des naszierenden Sauerstoffs erreicht wird. Eine schädigende Wirkung auf die Schleimhaut der Scheide hat Verf. niemals beobachtet. Wir haben im Lavonat ein mildes, geruch- und farbloses, völlig harmloses, dennoch genügend kräftig antiseptisch wirkendes Spülmittel, das wir ohne weiteres ruhig jeder Frau in die Hand geben können. Lavonat ist aber — und das erscheint der Hervorhebung wert — nicht etwa nur eben auch ein

mildes Antiseptikum wie so viele andere, sondern die durch die Lavonatspülungen an den Blutgefäßen der Seidenschleimhaut hervorgerufenen rhythmischen Kontraktionen sowie die nachher auftretenden Kontraktionen der Scheiden- und Beckenbodenmuskulatur machen das Lavonat gleichzeitig zu einem örtlich wirkenden biologischen Scheidentonikum. (M. Kl. 1914 Nr. 46.)

Die Einwirkung der in den Landecker Quellen enthaltenen Radium-Emanation auf entzündliche Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Von Dr. Lachmann, Bad Landeck i. Schl. Bassinbäder und Sitzungen im Radium-Emanatorium. Diese beiden sind vom Verf. bei der Verordnung weit bevorzugt worden, und sie haben erfüllt, was Verf. von ihnen erwartet hatte. Die Beobachtungen in jahrelanger Praxis hatten Verf. gezeigt, daß die Bassinbäder trotz ihrer niedrigen Temperatur eine weit stärker resorbierende und auflösende Wirkung entfalten als die beliebig hoch temperierbaren Wannenbäder. Es kann kaum einem Zweifel unterliegen, daß wir hierin eine reine Wirkung der Radiumemanation zu sehen haben, die ja in dem unmittelbar aus der Erde dem Bassin zuströmenden, sich stets erneuernden Wasser viel stärker wirken muß als in den Wannenbädern, denen das Wasser auf dem Umwege über ein Reservoir und eine lange Röhrenleitung zufließt. Auch die Erfahrungen der letzten zwei Jahre mit dem seit dieser Zeit bestehenden Radiumemanatorium scheinen, soweit sie sich das bei der Kürze der Beobachtungszeit übersehen läßt, die Auffassung zu bestätigen, daß es der Gehalt der Quellen auf Radiumemanation ist, dem Landeck seinen Ruf bei den chronischen Entzündungen der weiblichen Sexualorgane verdankt. (Zsch. f. Baln VII 1914.)

Argobol, ein neues Silberboluspräparat. Von Dr. Ernst Puppel, Frauenarzt in Mainz. Argobol (Fr. Bayer i. Leverkusen) bildet ein gelblichweißes unlösliches Pulver mit einem Silbergehalt von 20 Proz. in Form von Silberphosphat. Durch einen besonderen Vorgang ist jedes Boluskörnchen mit einer Schicht von Silberphosphat überzogen, und diesem Umstande dankt das Präparat wohl seine gute Wirkung, die sich auf Desinfektionen und Austrocknung erstreckt. Indiziert ist das Argobol vor allem bei akuten und chronischen Gonorrhöen in jedem Stadium, aber auch bei anderen eitrigen Entzündungen von Scheide und Gebärmutter. Beim Ektropium mit starker Erosionsbildung wird man nur in hartnäckigen Fällen zum Argobol greifen, die leichteren heilen auch mit Lenizetbolus. Das Auffälligste an der Argoboltherapie ist der unmittelbare Erfolg der ersten 3—4 Sitzungen. Die Patientinnen

äußern jedesmal ihre Befriedigung über die schnelle Wirkung auf die Menge des Sekretes. Ein völliges Verschwinden der Gonokokken wurde frühestens nach 10, längstens nach 18 Sitzungen beobachtet, ein im Vergleich zu der alten Spülbehandlung und der früheren reinen Bolustherapie gutes Resultat. Wenn man noch hinzufügt, daß Reizungen seitens der Vagina oder Zervix nicht beobachtet wurden, so haben wir in der Tat in dem Argobol ein Präparat, dem in seinem Anwendungsbereiche bisher kein anderes gleichkommt. Von der Verwendung des Nassauerschen Siccators hat Verf. abgesehen. Zweckmäßig erscheint die Behandlung im Spekulum mit Einschüttung von ca. 4—6 g des Pulvers und Fixierung desselben durch einen Wattetampon. Die Urethra muß besonders behandelt werden. Daß der frische Zervixkatarrh ein *noli me tangere* ist, erwähnt Verf. nur der Vollständigkeit halber. Er heilt unter vaginaler Anwendung von Argobol in kurzer Zeit aus. Nach Abschluß der Prüfung von Argobol an dem eigenen vorliegenden Material kann Verf. den praktischen Aerzten und Gynäkologen das Präparat für die Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe bestens empfehlen.

(M. m. W. 1914 Nr. 51.)

Ovaradentriferrin bei Amenorrhoe verordnete Dr. J. Ohrenstein (Israel. Spital in Czernowitz) schon in mehr als 200 Fällen, und das Präparat hat ihn nur selten im Stich gelassen.

(W. m. W. 1914 Nr. 36.)

Bei Blasenschwäche des Weibes hat Dr. B. Hirschfeld (Berlin) Fibrolysin in 3 Fällen mit Erfolg angewandt. Bei allen 3 Patienten war der Musc. sphinct. intern. so geschwächt, daß sie bei Husten, Lachen, Niesen usw. Urin spontan verloren. Verf. führte eine mit steriler Gaze umhüllte und mit Fibrolysin (der Inhalt einer Ampulle) getränkte Sonde in den Spincter ein und ließ sie dort 5—10 Minuten liegen und wiederholte diese Prozedur in Zwischenräumen von 2—3 Tagen 3 Wochen lang. Subjektiv machte sich „zusehends“ eine Besserung bemerkbar, bis schließlich auch ein größerer Widerstand bei Einführung der Sonde entstand. Nebenher wurden die abendlichen warmen Sitzbäder beibehalten und sonst nichts gemacht. Endlich war wieder ein normaler Zustand erreicht.

(M. Kl. 1914 Nr. 30.)

Hexal in der Frauenpraxis ist nach Dr. G. Katz (Berlin-Friedenau) ein sehr brauchbares Präparat. Prompte Wirkung bei Urethritis und Cystitis fraglichen Ursprungs, bei Pyelonephritis, Nephrolithiasis.

(D. m. W. 1914 Nr. 32.)

Über Angiers Emulsion in der Frauenpraxis. Von Dr. J. Sfakianakis. (Aus der Klinik und Poliklinik von Prof. W. Nagel in Berlin.) Die Emulsio Angier stellt eine weißliche, in Konsistenz und Farbe an frische Sahne erinnernde Masse dar, die absolut geruchlos ist, angenehm schmeckt und mit Wasser oder anderen Flüssigkeiten leicht mischbar ist. Der pharmakologisch wichtigste Bestandteil des Mittels ist das Ol. paraffinum liqu. der deutschen Pharmakopoe, das mit Glyzerin eine feine ölige Emulsion bildet, in der phosphorsaure Salze suspendiert sind. In 100 ccm der Emulsion sind im einzelnen enthalten:

1,13 Calcium hypophosphoricum

0,87 Natrium

0,65 Natrium benzoicum

5,42 Glyzerin

34,7 Paraff. liqu. puriss. (speciali modo Angier parat.)

Von ihren sonstigen Eigenschaften muß noch hervorgehoben werden, daß im Gegensatz zum Lebertran das Paraffin nicht ranzig wird und in Verbindung mit anorganischen Salzen unbeschränkt haltbar bleibt. Der therapeutische Effekt zeigte sich schon nach überraschend kurzer Zeit, meist schon nach dem Gebrauche einiger Flaschen. Das Mittel wurde in der Dosis von 4 mal 2—4 Teelöffel nach den Mahlzeiten von allen Patientinnen gern genommen. Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet. Diese klinischen Resultate haben auch ihrerseits den Beweis erbracht, daß Angiers Emulsion ein Adjuvans ist, auf das der Therapeut in erster Linie zurückgreifen sollte, wenn er durch Regulierung der Darmtätigkeit fördernd auf das Allgemeinbefinden einwirken will. Es wird ihm von großem Nutzen sein bei allen Fällen von Konstitution und Flatulenz sowie nach gynäkologischen Operationen und wird ihm bei entsprechender Indikationsstellung auch bei Bekämpfung der Chlorose und Anämie und der durch diese bedingten Menstruationsbeschwerden und der an schwere Blutungen sich anschließenden Schwächezustände gute Dienste leisten. Als einen besonders für den Patienten ins Gewicht fallenden Vorzug möchte Verf. nochmals seinen guten Geschmack und dann seine leichte und angenehme Darreichungs- und Zubereitungsweise hervorheben, die so gar nicht an Medikament und Apotheke erinnert.

(D. m. W. 1914 Nr. 9.)

Apparate und Instrumente.

Einen praktischen Eiszerkleinerer hat Dr. M. Sußmann (Berlin) konstruiert. Das kleine Instrument hat den Vorzug, daß man Eisstücke in jeder beliebigen Größe und fast ohne jedes

Geräusch herstellen kann, also auch im Krankenzimmer selbst. Es besteht aus einem Griff in Form eines Fingerhuts, an den eine Stahlnadel angefügt ist. Die Nadel ist in ein verstärktes Lager mittels eines Gewindes eingelassen, sodaß eine Verletzung des Fingers infolge Durchstoßens nicht möglich ist.¹⁾ Der einfache Gebrauch des Instruments ist derart, daß man den Zeigefinger in die Höhlung des Fingerhuts setzt und mit Daumen und Mittelfinger den Fingerhut selbst festhält; übt man nun einen Druck mit der Nadel auf das Eis aus, so ist es ohne große Mühe möglich, selbst härtestes „Kerneis“ zu zerspalten und die Sprengstücke in kleinere Stückchen und Pillen zu verkleinern. Die Zerkleinerung selbst geschieht am besten auf einer hölzernen Unterlage, einem Tisch oder noch besser auf einem Auftragebrett, damit ein Abbrechen oder Umbiegen der Nadelspitze vermieden wird, wie es beim Aufdrücken auf Porzellan oder Metall leicht möglich ist. — Es mag bei dieser Gelegenheit daran erinnert werden, daß sich Eis auch im warmen Zimmer mindestens 24 Stunden, oft auch noch viel länger hält, wenn man es in eine dicke wollene Decke einhüllt: die Wolle als schlechter Wärmeleiter verhindert das Schmelzen fast vollkommen. (Therap. d. Gegenw. 1915 Nr. 1.)

Universalschiene für den praktischen Arzt. Von Prof. Fritz König, Direktor der chirurg. Universitätsklinik in Marburg (Lahn). Die Firma W. Holzhauer-Marburg hat auf Verf.s Anweisung eine Schiene konstruiert, die praktisch zu sein scheint. Die metallische, aus 3 ineinander zu schiebenden Gliedern bestehende Schiene ist zusammengezogen nur 30 cm lang, mit einem der Fixation am Körper dienenden, um sie aufgewickelten, 3 cm breiten Gurtband von 5 m Länge, nur etwa 250 g schwer und läßt sich also wirklich leicht, auch in 2 Exemplaren, in einer Handtasche oder am Rad befestigt, sogar wohl auch in einer Rocktasche mitnehmen. Um ein Glied, durch Ausziehen desselben, verlängert, mißt sie ca. 53 cm, das Längenmaß der völlig ausgezogenen Schiene beträgt 75 cm. Das Metall ist stark genug, um auch bei kräftigen Männern sicher zu fixieren; aber man kann der Schiene mit einiger Kraft durch Biegung auf die Fläche eine Form geben, die für die Extremität erwünscht ist. Bei Affektionen der oberen Extremität an Finger, Hand und Handgelenke des Vorderarms ist die völlig zusammengeschobene Schiene anzuwenden. Will man den ganzen Arm, z. B. bei Olekranonfraktur, in gestreckter Stellung

¹⁾ Das Instrument wird von der Firma Georg Wolf, Berlin, Karlstr. 18, hergestellt und ist zum Preise von 60 Pf. in allen einschlägigen Geschäften käuflich.

fixieren, so wird die Schiene in erforderlicher Länge ausgezogen. Bei Frakturen oder Krankheiten am Vorderarm, Ellbogen oder unteren Humerusende wird die Schiene auf mittlere Länge ausgezogen, dem Ellbogen entsprechend rechtwinklig umgebogen und nun bei supinierter Hand von den Fingern an auf der Dorsalseite befestigt. Zu ganzer Länge ausgezogen, genügt die Schiene auch beim Erwachsenen vollständig, um z. B. bei *Fractura humeri* bis zum Kopf, bei Gelenkaffektionen usw. den Arm bis über das Schultergelenk hinauf zu schienen, indem man hier der Schiene nochmals eine Umbiegung auf den Hals gibt, entsprechend der Albersschen Kragenschiene. Indem man den einfach geschienten Oberarm mit dem langen Gurtband an den Thorax bandagiert, kann man ferner bei Schlüsselbeinbruch sehr schön die Ruhigstellung erzielen. Fuß-, Fußgelenk- bzw. Knöchelgegend werden fixiert, indem man entweder die Schiene entsprechend gebogen aufs Dorsum legt oder seitlich dem Unterschenkel anliegen läßt, wobei sie unter dem Fuß her über die Sohle hinüber nach der anderen Seite aufgebogen wird. Durch Verlängerung der Schiene kann man jede Form von Unterschenkelfrakturen und Kniegelenksverletzungen und -erkrankungen genügend schienen; ja beim Kinde reicht die eine Schiene aus, auch einen hochsitzenden Oberschenkelbruch bis über das Hüftgelenk hinauf, sowie auch dieses selbst zu fixieren. Beim Erwachsenen ist aber eine Schiene von 75 cm Länge für die Schienung des Oberschenkelbruches nicht genügend, und man tut hier am besten, zwei Schienen zu kombinieren. Völlig ausgezogen, wird die eine von oberhalb des Hüftkammes über den Trochanter major weg der Außenseite des Beines angewickelt und abwärts mit der zweiten vereinigt, die nun ihrerseits weiter an der Außenseite des Unterschenkels herabreichend um die Fußsohle herum umgebogen und an der Innenseite noch ein Stück weit heraufgeführt wird. Auf diese Art wird eine sehr sichere Fixation erzielt, die auch das Nachaußenfallen des Fußes völlig verhindert.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 5.)

Ein neuer Verschlußapparat für den Anus praeternaturalis inguinalis. Von Dr. W. Burk, Spezialarzt für Chirurgie in Stuttgart. Verf. ist es gelungen, die Vorzüge der Pelotten mit denen der Metallkapseln zu verbinden und ihre Nachteile durch Kombination beider zu vermeiden. Der ganze Apparat zeichnet sich durch gefällige Form aus, trägt wenig auf und stört weder beim Gehen noch beim Sitzen. Die Möglichkeit, den Pelottenapparat von der Kapsel zu trennen, gibt dem Patienten Gelegenheit, zur Zeit des zu erwartenden Stuhlganges diesen ungehindert in die Kapsel austreten zu lassen. Nach Reinigung der letzteren setzt

er die Pelotte ein und ist nun vor weiterem unerwünschten Stuhl- und Flatusabgang gesichert. Tritt bei Durchfall Kot neben der Pelotte aus, was unvermeidbar ist, so verhindert die Kapsel das Beschmutzen der Wäsche. Die Gummipelotte kann event. durch einen flachen Aluminiumdeckel, der an einem Metallstab befestigt ist, ersetzt werden. Ein solcher Deckel eignet sich besonders für das Tragen bei Nacht; denn er vermeidet den lästigen Druck der Pelotte, hindert Stuhlaustritt und Darmprolaps. Die Innenfläche des Deckels nimmt einen Salbenfleck mit einer Watteunterlage auf, der auf die Darmschleimhaut zu liegen kommt. Der ganze Apparat ist für 95 Mk. bei Bandagist Riedinger, Stuttgart, Lindenstraße, erhältlich. (M. m. W. 1915 Nr. 6.)

Hebeapparat für Hand und Finger bei Radialislähmung. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. H. Spitzzy in Wien (Aus dem k. u. k. Reservespital XI). Dazu ist nichts weiter notwendig als eine der dorsalflektierten Hand an der Handfläche angebogene Feder, die an ihrem peripheren Ende ein Querstück trägt, das so lang ist, als die 4 Finger breit sind; die Enden sind etwas aufgebogen, um ein seitliches Abgleiten zu verhüten, was wegen der Tendenz zur Ulnarflexion leicht eintritt. Die Schiene muß die ersten Phalangen genau in ihrer Mitte stützen, muß also leicht gegen die Fingerspitzen konvexbögig und parallel den Fingeransätzen verlaufen. Zur Fixierung dieser Kreuzschiene dient eine Ledermanschette (15 cm breit), die am Unterarm befestigt wird. Mit dieser einfachen Schiene ist der Patient imstande, die Finger mit Kraft zu beugen und sie wieder zu strecken; er kann damit Gegenstände ergreifen, essen, schreiben, kurz die Arbeitsfähigkeit der Hand ist bis zu einem ziemlich hohen Grad wiederhergestellt. Um den Daumen aus dem Arbeitsbereich der übrigen Finger zu bringen, ist eine Abduktionsfeder nötig, die aber keine der übrigen Bewegungen, wie die Opposition und Zirkumduktion, verhindern darf. Dies wird technisch am leichtesten erreicht durch einen Messingdraht, der sich als Spirale um den Daumen windet; sein proximales Ende steckt in einem Metallröhrchen, das in der Richtung des Sehnenverlaufes des Ext. poll. an der Ledermanschette befestigt ist. Der Draht selbst wird durch Umbiegen oder einen angeklebten Knopf am Herausschlüpfen aus der Düse behindert, kann sich jedoch sonst vollständig nach allen Seiten frei drehen. Durch Biegen dieses Drahtes kann sich der Patient leicht die nötige Abduktionsstellung herstellen, aus der heraus alle übrigen Daumenbewegungen ausführbar sind und in die dann der Finger infolge der Federspannung wieder zurückkehrt. Der Apparat (auch ohne die Daumenspirale als Heber zu gebrauchen) ist in dieser Her-

stellung außerordentlich billig, kann von einfachen, wenig geschulten Hilfskräften leicht und schnell gefertigt werden. Wenn die Querschiene mittels einer Schraube in ihrer Stellung reguliert werden kann, ist ihre Anpassung leichter, obwohl die Einfachheit und Unverwüstlichkeit des Apparates dadurch etwas beeinträchtigt wird. Vielleicht ist seine einfache, der Natur abgelauschte Funktion imstande, ihm bei den häufigen Radialisverletzungen zum Wohle der Verwundeten eine möglichst weite Verbreitung zu verschaffen, um so mehr, als der kleine Apparat unansehnlich ist, vom Rücken aus unsichtbar, dem Träger keine Unannehmlichkeiten und Beschwerden, sondern nur Nutzen bringt. Der Apparat kann bezogen werden bei F. Kacer, Wien IX, Frankgasse 3, oder Jurschitzka & Schmidl, Wien VIII, Lerchenfelder Str. 62; als Maß genügt eine Konturzeichnung von Hand und Finger mit Umfangsmaß der Handwurzel. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 6.)

Verschiedenes.

Zur Bekämpfung der Kleiderlaus empfiehlt Dr. S. v. Prowazek (Hamburg) Einreibungen von 30—40 Teilen reinen Anisöles (oder Fenchelöles) mit 70 bzw. 60 Teilen 96%igen Alkohols. Reines Anisöl liefert Schimmel & Co., Miltitz bei Leipzig. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 2.)

Zur Beleuchtungsfrage bei Operationen schreibt R. P a n s e (Dresden): „Ich möchte statt dessen den alten, 9 cm großen Stirnhohlspiegel empfehlen, der besonders in nicht sehr hellen Räumen das Licht einer beliebigen Lampe in völlig ausreichender Stärke auf das Operationsfeld sammelt und uns Hals-Ohrenärzten auch bei den tiefen Labyrinth- und Keilbein-Hypophysenoperationen genügt. Man braucht nicht durch das Loch in der Mitte zu sehen, was immerhin einige Uebung erfordert, sondern unter dem hochgeklappten Spiegel vorbei. Der Spiegel wird mit einem sterilen Tuch gerichtet, dessen Oberseite mit der sterilen Hand gefaßt wird und das in der Nähe stets bereitliegt.“ (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 3.)

Ersatz für Kanadabalsam. Dr. P. Rostock (Greifswald) verwendet seit ungefähr 5 Monaten das Mastisol als Einbettungsmedium für mikroskopische Präparate. Die Erfahrungen, die er damit gemacht hat, sind bis jetzt als gut zu bezeichnen. Allerdings will dies Urteil noch nicht viel besagen, da man nicht vor-

aussehen kann, ob das Mastisol auf die Dauer die Präparate schlecht beeinflusst. Es wäre dies um so eher möglich, da dasselbe ziemlich säurereich ist. Gegenüber dem sonst allgemein gebräuchlichen Kanadabalsam hat es den nicht unerheblichen Vorteil, daß es bedeutend schneller trocknet. Verf. hat die Beobachtung gemacht, daß man ein in Mastisol eingebettetes Präparat schon nach 3 Minuten unter schräggestelltem Mikroskop untersuchen kann, ohne daß eine Verschiebung des Deckglases eintritt. Bis jetzt hat Verf. gegen 150 Präparate mit Mastix hergestellt. Eine Beeinträchtigung der Färbungen hat er nicht beobachten können.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 47.)

Die Bekämpfung der Läuseplage. Von Prof. Dr. Karl Kibkalt (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Königsberg i. Pr.). Die Bekämpfungsmethoden zerfallen in drei Kategorien.

1. Kategorie. Methoden, die anwendbar sind, wenn alle Hilfsmittel zur Verfügung stehen, z. B. in Festungen: Baden der Mannschaften; Desinfektion der Uniformen im Dampfapparat (nicht zu dicht schichten!). Läuse und Nissen sind in 5 Minuten sicher abgetötet. — Oder Aufhängen in einen Kasten, in dem sich Schwefelkohlenstoff befindet. Auch Nissen sind nach 24 Stunden tot; Läuse schon nach ganz kurzer Zeit; das Gas dringt sehr leicht durch die Stoffe. — Verbrennen von Schwefel wird von Graßberger sehr gelobt. — 1‰ ige Sublimatlösung tötet nicht, dagegen tötet 5‰ ige Kresolseifenlösung Läuse schnell.

2. Kategorie. Methoden, die in jedem Dorfe anwendbar sind, wenn sich die Mannschaften auskleiden können. — Im Kriege 1870/71 hat es sich sehr bewährt, die Kleider in den Backofen zu bringen. Trockene Hitze von 70° tötet denn auch nach des Verf. Versuchen Läuse und Nissen nach 10 Minuten, und wenn sie auch langsamer eindringt als Dampf, so braucht man ja zwar nicht derartige Methoden wie bei der Desinfektion. Da die Nissen meist in den Nähten sitzen, empfiehlt es sich, diese über eine Kerze zu ziehen; auch dieses genügt zur Abtötung; sie fallen meist sofort ab. Ausfrierenlassen wird manchmal gelobt, doch sterben Nissen bei —5° über Nacht nicht ab. Artilleristen banden die Uniformen über Nacht auf die Pferde, was bekanntlich ein gutes Mittel gegen Flöhe ist; doch ist es gegen Nissen selbstverständlich ohne Wirkung.

3. Kategorie. Methoden, die auch ohne Auskleiden anwendbar sind. Als sicherstes Mittel gilt seidene Unterwäsche. Ob die Läuse den Geruch scheuen, sich an dem Stoffe nicht festklammern können, oder sie aus anderen Gründen meiden, ist noch

unsicher; im ersteren Falle könnte man daran denken, alte seidene Blusen zu verarbeiten. Blaschko empfiehlt 5%ige Naphthalin-Vaselinsalbe, und in der Tat tötet Naphthalin in etwas konzentriertem Dampf Läuse nach langer Zeit. Versuche mit der Salbe in der Praxis werden angestellt, wie auch mit anderen Mitteln in Salbenform. Benzin tötet nach Graßberger die Läuse schnell; doch ist Verf. fraglich, ob beim Einträufeln in die Kleidung die nötige Konzentration von Benzindampf erreicht werden kann. Dasselbe dürfte für Aether gelten. Dagegen soll Waschen der Haut mit Benzin gute Erfolge gehabt haben. Einträufeln von Xylol in die Kleider ist in der Praxis wirkungslos. In einer Schachtel Insektenpulver (unverfälscht?) krochen die Läuse mehrere Tage herum! Im Handel sind Anissäckchen, die jedoch nach Mitteilung eines Truppenarztes höchstens 1—2 Tage helfen; der Geruch ist bald höchst unangenehm. Letzteres zeigte sich bei mehrtägigem Tragen im Laboratorium, es trat auch Appetitmangel und Heiserkeit ein. Anisöl soll übrigens nicht rein verwendet werden, sondern zu 5—10% in anderen Oelen. Dasselbe dürfte für Fenchelöl gelten. Auch andere Stoffe, die den Geruch des Menschen für die Läuse unangenehm machen, werden versucht, wie Karbol und Jodoform.

Leider ist man im Laboratorium kaum imstande, Versuche über die Wirkung der Maßnahmen der 3. Kategorie anzustellen; es wäre daher dringend zu wünschen, daß aus der feldärztlichen Praxis bald Mitteilungen darüber veröffentlicht würden. Einstweilen scheinen die besten Methoden: Entlausung im Backofen und über der Kerze, und wohl auch seidene Unterwäsche.

(D. m. W. 1915 Nr. 6.)

Beitrag zur Frage der Sterilisation tuberkulösen Sputums durch Phenolderivate (Phobrol, Grotan, Sagrotan). Von Dr. Th. Messerschmidt (Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie der Universität in Straßburg). Die in Protokollen wiedergegebenen Versuche zeigen folgendes:

1. 2,5%ige Phobrollösungen vermögen in 4 Stunden, ebenso 2,5%ige Lösungen in 10 Stunden Tuberkelbazillen im Sputum nicht abzutöten, wohl aber 5- und 10%ige Lösungen in 10 Stunden. 2,5%—4%ige Grotanlösungen bewirken in 30 Minuten bis 18 Stunden keine Sterilisation tuberkulösen Auswurfs.

2. 2%ige Lösungen des Grotans in 25%igem Antiformin haben keine günstigere Wirkung.

3. 2—10%ige Sagrotanlösungen vermögen in 2½—3 Stunden Tuberkelbazillen im Auswurf nicht abzutöten.

4. Lösungen von Phobrol oder Sagrotan in Antiformin verhindern die Homogenisierung des Sputums.

Verf. konnte sich nicht davon überzeugen, daß Grotan- oder auch Sagrotanlösungen tuberkulöses Sputum in solch günstiger Weise zu sterilisieren imstande sind, wie Schottelius behauptet. Die Angaben von Laubenheimer über die Wirksamkeit des Phobrols wurden bestätigt. Alle drei Präparate leisten indessen mehr als die bisher für die Praxis der Sputumdesinfektion empfohlenen Desinfektionsmittel. Ihren hauptsächlichlichen Vorzug erblickt Verf. in der nahezu vollständigen Geruchlosigkeit und geringen Giftigkeit; schon dadurch bedeuten die Chlormetakresole einen wesentlichen Fortschritt in der allgemeinen Desinfektionspraxis. Wenn Laubenheimer aber eine 8stündige Sterilisationsdauer des Auswurfs von Phthisikern feststellen konnte, so möchte Verf. doch noch höhere Anforderungen stellen; für ihn ist die schnelle chemische Desinfektion des tuberkulösen Auswurfs ein für die Praxis noch nicht gelöstes Problem, dessen Lösung im Interesse der Tuberkulosebekämpfung intensiv zu betreiben ist.
(D. m. W. 1914 Nr. 50)

Neue Bücher.

Ueber die Verbreitung von Seuchen durch Insekten im Kriege. Von Dr. J. Versluys, a. o. Prof. d. Zoologie in Gießen. Leipzig 1915, Joh. Ambr. Barth. Ein kleines, aber inhaltreiches Schriftchen, das zur rechten Zeit kommt und weiteste Verbreitung verdient. Ist doch die große Rolle, welche die Insekten bei der Verbreitung von Seuchen spielen, bekannt, und ebenso die Rolle, die letzteren in Kriegszeiten zukommt. In kurzen Worten bringt der Verf. alles Wissenswerte. Einzelne Exemplare des Schriftchens kosten 25 Pfg., 20 Exemplare 3 Mk., 100 Exemplare 10 Mk. und 1000 Exemplare 75 Mk.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 5.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-Rat Dr. Eugen Graetzer** in **Berlin-Friedenau.**

Verlag von **Leopold Voß** in **Leipzig und Hamburg.**

XXIV. Jahrgang

Nr. 7.

April 1915

Auszüge.

Aetiologisches.

Ueber leichte Herzveränderungen bei Kriegsteilnehmern.
Von Prof. Dr. A. Magnus-Levy (Berlin). Bei einer Reihe dieser Männer zeigt das Herz leichte Abweichungen von der Norm. Die Leute klagen über Herzklopfen, unbehagliche Gefühle in der Herzgegend, leichte Atembeschwerden bei Bewegungen. Die Pulszahl ist 80—90, und selbst 100, der Spitzenstoß kräftig, im fünften Interkostalraum bis zur Mamillarlinie oder auch $\frac{1}{2}$ bis 1 cm darüber hinausreichend; ebensoweit geht die Herzdämpfung. Ueber Spitze und Herzbasis hört man den ersten Ton unrein oder ein systolisches Geräusch, das manchmal schon etwas vor der Systole beginnt und nach Bewegungen deutlicher wird. Die zweiten Töne sind laut, eine Verstärkung des zweiten Pulmonaltones tritt manchmal nach Anstrengungen hervor. Nach solchen steigt die Pulszahl auf 120, das Herz beruhigt sich aber schnell wieder. Bei anderen findet man die gleichen Veränderungen mit Ausnahme der Pulsbeschleunigung, mehr zufällig. Diese ist trotz der vorhandenen Veränderungen am Klappenapparat ausgeblieben, weil der Herzmuskel seine volle Kraft behalten hat, und damit fehlen auch die subjektiven Beschwerden. Diese Zeichen sind die gewöhnlichen Symptome einer leichten Mitralklappeninsuffizienz, vielleicht verbunden mit einem geringen Grade von Stenose (Rauigkeit oder Verengerungen an den Klappen). Wie erklärt sich dieser Befund bei den Soldaten? Eine Möglichkeit wäre die, daß es sich um alte leichte Herzfehler handelt, bei denen vor dem Kriege eine nachweisbare Hypertrophie und Dehnung des Herzens infolge der ausgezeichneten Beschaffenheit des Muskels gefehlt hätte. Unter den Strapazen des Feldzuges wäre es dann zu einer Schwächung

des Herzmuskels und zu einer Erweiterung gekommen. Da die Anamnese bei so leichten Herzfehlern uns meistens im Stich läßt, wird sich eine solche Annahme nur in den seltensten Fällen, wo der frühere Zustand des Herzens genau bekannt war, beweisen lassen; ebensowenig wird sie in allen Fällen zu widerlegen sein. Verf. hält es für möglich, daß diese Annahme für einzelne Fälle zutrifft, aber für die Mehrzahl kommt man damit nicht aus. Auch daß eine leichte rheumatische Endocarditis vorliegt, wie Brugsch meint, ist nicht gut anzunehmen. Es wäre noch eine dritte Möglichkeit zu erörtern. Danach würde es sich um rein physikalische Vorgänge am Herzmuskel und seinem Klappenapparat handeln. Die leichten Herzerweiterungen und die Steigerung der Pulsfrequenz wären als Folge der dauernden Ueberanstrengung leicht verständlich. Diese verursachten aber auch die Veränderungen an den Klappen- und Sehnenfäden. Die letzteren wären wohl als Verdickungen, leichte Verkürzungen der Klappen, ihrer freien Ränder und der Sehnenfäden aufzufassen, und wären verursacht durch den abnormen Druck, der bei den gewaltigen Anstrengungen durch viele Wochen und Monate während der Märsche herrscht, ohne daß es mangels genügender Ruhe am Tage und Schlafs in der Nacht zu völliger Erholung kommt. (B. kl. W. 1915 Nr. 2.)

Herzbefunde bei Verwundeten. Von M. Fischer (Aus dem Heilig-Geist-Hospital Bingen [Reservelazarett]). Gelegentlich der Herzuntersuchungen, die ja bei allen zu Operierenden gemacht werden, fiel bei den in das Lazarett eingelieferten Verwundeten die Tatsache auf, daß ein großer Teil derselben an Herzaffektionen litt. Diese Tatsache veranlaßte, sämtliche Verwundete, ganz gleich, ob dieselben einer Operation unterzogen werden sollten oder nicht, auf ihren Herzzustand zu untersuchen. Man machte die überraschende Beobachtung — man kann wohl mit Recht annehmen, daß die eingestellten Mannschaften vor ihrer Einstellung auf ihr Herz untersucht und gesund befunden waren —, daß ein sehr hoher Prozentsatz Herzanomalien aufwies. In Anbetracht dessen, daß bei einem großen Teil dieser Fälle weder Folgeerscheinungen eines Klappenfehlers, noch Kompensationsstörungen zu konstatieren waren, wird man wohl mit einiger Berechtigung annehmen dürfen, daß viele dieser Herzgeräusche nicht der Ausdruck eines wirklichen, dauernden Herzklappenfehlers sind. Sie dürften wohl auf die übergroßen Anstrengungen und Entbehrungen, denen unsere Truppen besonders im Anfang des Krieges unterworfen waren, zurückzuführen und als eine Schwäche des Herzmuskels zu deuten sein, die nach des Verf.'s Erfahrungen nur vorübergehender Natur waren. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 4.)

Ueber Kontaktübertragung des Tetanus. Von Hans Köhler. K. berichtet über eine Reihe von 6 Tetanusfällen, bei denen mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen werden mußte, daß sie durch Uebertragung entstanden waren. Das galt wenigstens für die 3 letzten Fälle; die 3 ersten waren zu derselben Zeit und in derselben Gegend verwundet und konnten schon auf dem Schlachtfelde infiziert sein; die 3 letzten aber lassen kaum eine andere Erklärung zu als die Kontaktübertragung im Lazarett.

(D. militärärztl. Zschr. 1914 H. 24. — Zbl. f. Chir. 1915 Nr. 5.)

Ein Fall von Elephantiasis nach Lymphangoitis post-dysenterica. Von Dr. Eugen Marcovici (Aus der Filiale des k. u. k. Garnisonsspitals Nr. 1 in Wien). Der Mangel jeglicher akuter Entzündungserscheinungen, eines ausgesprochenen Oedems (durch eventuelle Kompression verursacht), einer Bewegungseinschränkung in den Gelenken des linken Beines, der Schmerzhaftigkeit, aber auch der Hypästhesie; der negative Röntgenbefund auf der einen Seite; die durchgemachte schwere Dysenterie (durch die noch jetzt bestehende Agglutinationsprobe im Blute nachweisbar); das Auftreten einer anamnestic sicheren, von Fieber begleiteten Lymphangoitis; der Ablauf der entzündlichen Erscheinungen und die jetzt noch bestehende beträchtliche Gewebszunahme, die auf antiphlogistische Behandlung nicht zurückging, auf der anderen Seite, sprechen dafür, daß es sich in diesem Falle um eine Elephantiasis im Anschluß an eine Lymphangoitis postdysenterica handle.

(W. kl. W. 1915 Nr. 3.)

Ruhrähnliche Darmerkrankungen. Von Medizinalrat Dr. Alter (Aus der Fürstl. Lippischen Heil- und Pflege-Anstalt Lindenhau). Verf. hat im Sommer 1911 und im Spätsommer 1914 solche Erkrankungen in zwei epidemischen Ausbrüchen kennen gelernt. Die Fälle bewiesen, daß diese epidemische septische Pseudoruhr nicht immer, wie Leschke meint, harmlos ist und in wenigen Tagen ausheilt: sie kann sehr ernste Zustandsbilder herbeiführen und tödlich ausgehen. Dagegen kann Verf. eine andere Feststellung von Leschke bestätigen: die Beziehungen der Krankheit zum lymphatischen Halsapparat. Bei der ersten Epidemie war schon aufgefallen, daß zahlreiche Erkrankte über das Vorgehen leichter Halsschmerzen klagten; bei der zweiten Epidemie konnte diese Beobachtung wiederholt und in einer fast ausnahmslosen Regelmäßigkeit bestätigt werden — wenn auch über die Halsschmerzen mitunter nur in der Form eines leichten „Kratzens im Halse“ geklagt wurde. Die Inspektion ergab überall Rachenkatarrh oder geringe Schwellungen der Mandeln, in einigen Fällen auch eine

deutliche und schmerzhaft Vergrößerung der Halsdrüsen. Die ruhrähnliche Erkrankung, die durch Streptokokken bedingt war und in ausgedehnten Epidemien auftrat, dürfte danach als eine in der Regel subakut verlaufende Sepsis aus katarrhalischer Halsentzündung aufzufassen sein. (D. m. W. 1915 Nr. 5.)

Hyperalgetische Zonen und Herpes zoster bei Nieren-erkrankungen. Von Adrian (Straßburg). Einem Bericht über die einschlägige Literatur schließt der Autor einen eigenen, genauer erschlossenen, den 38jährigen Träger eines radiographisch entdeckten linksseitigen Nierenkonkrementes betreffenden Fall an, in welchem das typische Bild eines Herpes zoster dorso-abdominalis und lumbo-inguinalis der linken Seite gegeben war. Die Genese solcher Eruptionen anlangend, sind die Ergebnisse der Untersuchungen über die segmentale Hautinnervation heranzuziehen. Wahrscheinlich handelt es sich um einen von der Niere ausgehenden Reizzustand eines oder mehrerer benachbarter Inter-vertebralganglien hämorrhagischer bzw. entzündlicher Natur.

(Zschr. f. Urol. 8 H. 6. — D. m. W. 1914 Nr. 27.)

Diagnostisches.

Erkennbarkeit der Gasphlegmome im Röntgenbild. Von Priv.-Doz. Dr. Gottwald Schwarz. Verf. möchte darauf hinweisen, daß schon vor der Inzision das Röntgenbild dem Operateur das Bestehen einer Gasphlegmone anzeigen kann. Wenigstens sind ihm bisher mehrere derartige Fälle vorgekommen, wo auf Grund der Röntgenplatte sowohl die richtige Diagnose als die genaue Lokalisation der Gasabszesse möglich war. Man bemerkt auf solchen Bildern inmitten der Weichteilschatten rundliche und ovale, teils isolierte, teils zu größeren Hohlräumen konfluierende Flecke, die auf dem Negativ dunkel, auf dem Positiv (und bei der Durchleuchtung) hell erscheinen. Am besten kann man diese durch die Gasblasen erzeugten Flecke mit den Löchern im Emmentaler Käse, die ja auf eine analoge Entstehungsursache zurückzuführen sind, vergleichen. (W. Kl. W. 1915 Nr. 4.)

Warum die Gruber-Widalsche Probe zurzeit für die Typhusdiagnose unverwendbar ist. Von Dr. A. Wolff-Eisner. (Aus dem Seuchenlazarett Rothau, San.-Amt 15. Korps.) Da viele, nach Verfs. Material sogar die überwiegende Mehrzahl der Fälle, die eine ruhrartige Erkrankung durchgemacht haben, eine hohe (bis 1:200) Agglutination mit Typhus und Paratyphus zeigen, kann jetzt dem Gruber-Widal nicht die diagnostische Bedeutung bei-

gemessen werden, die ihm sonst ganz unbestritten beigelegt wird. Auf Grund eines positiven Gr.-W. darf man daher beim Heere niemanden als typhuskrank ansehen. Die Typhusdiagnostik erfährt hierdurch eine erhebliche Erschwerung.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 7.)

Beitrag zur Frage der Kennzeichen des Todes durch Erfrieren. Von A. Kijukoff-Moskau. Als das wertvollste Kennzeichen des Erfrierungstodes bezeichnet Verf. die hämorrhagischen Erosionen im Magen, Flecken Wischnewkys genannt, die er in 44 von 61 Fällen fand. Alle anderen Kennzeichen scheinen weder im einzelnen noch im ganzen charakteristisch. Dazu kommt noch das gänzliche Fehlen der Kohlehydrate der Leber, besonders wichtig zum Unterschiede vom Tode durch Alkohol, bei dem sich in der Leber Kohlehydrate in Gestalt von Zucker und auch Glykogen zu 0,46 bis 2,00 % vorfinden.

(Vjschr.f.gerichtl. M. 1914 H. 1. — Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1914 Nr. 24.)

Beiträge zur Fehldiagnose Hysterie. Von Wachsmuth. Gerade in der Sachverständigentätigkeit ist die Diagnose „Hysterie“ oft entscheidend für die Beurteilung des betreffenden Falles. Deshalb ist es eine für den Gutachter besonders wertvolle Bereicherung der Kasuistik, die Wachsmuth mit seinen Beiträgen gibt. Sie betreffen 5 Fälle ernster organischer Krankheit, in denen hysteriforme Erscheinungen für kurze oder längere Zeit, selbst bis zum Tode der Kranken, irreführend gewirkt hatten. Im einzelnen handelte es sich um einen Bluterguß unter die harte Hirnhaut nach Kopfverletzung, bei dem Lähmungserscheinungen auf der gleichen Seite, auf der der Schädel getroffen war, und eine starke seelische Beeinflussbarkeit beim Lösen von Rechenaufgaben hysteriform erschienen, um einen sehr interessanten Fall von ebensolcher Blutung mit gelber Erweichung nach einem Unfall, bei dem die Krankheit binnen 3 Jahren zum Tode führte und in der Zwischenzeit mit aller Entschiedenheit als Unfallneurose mit erheblichen Übertreibungen gedeutet wurde; um eine tuberkulöse Hirnhautentzündung nach Unfall, eine multiple Sklerose und eine Dementia praecox. Zum Schluß erinnert Verf. an die nicht wenigen Fälle, in denen man selbst bei jahrelanger Beobachtung nicht sicher sagen kann, ob Hysterie, manisch-depressives Irrsein oder Dementia praecox vorliegt.

(Arch. f. Psych. Bd. 52 H. 3. — Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1914 Nr. 24.)

Zur Kenntnis und Bedeutung des Nasenblutens im späteren Kindesalter. Von H. Petry (Univers.-Kinderklinik in Göttingen).

Bei jedem Nasenbluten, auch des nichtfiebernden Kindes, ist die Lokalinspektion der Nase geboten. Wenn man auch meist nur das bekannte Septumgeschwür zu sehen bekommen wird, so wird doch auch gelegentlich einmal eine chronische Nasendiphtherie entdeckt werden. Noch mehr gilt dies beim Säugling. Bei Sepsis und sepsisähnlichen Erkrankungen sowie bei allen Infektionskrankheiten ist die Diagnose „septische Nasenblutung“ ohne genaue Inspektion der Nase nicht gestattet. Blutung aus einem einfachen Septumgeschwür kann den Krankheitsverlauf zum Schlimmen wenden und völlig das Bild septischer schwerster Infektion hervorrufen.

(B. Kl. W. 1914 Nr. 49.)

Ekzem und Neurodermitis im Kindesalter. Von Dr. A. Lehnert (Hautklinik d. Städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.). Das Krankheitsbild der Neurodermitis ist charakteristisch. Subjektiv: Intensives Jucken, meist primär und später in heftigen Attacken auftretend. Prädispositionsstellen: Hals, Nacken, obere Schultergegend, Ellen- und Kniebeugen, Innenfläche der Oberschenkel, Genitale, Achselhöhlen, Analgegend. Weniger häufig: behaarter Kopf, Hände, Füße. Verf. sah das Gesicht öfters befallen. Im Anfangsstadium kleine Knötchen, die im weiteren Verlaufe zu Plaques konfluieren. Diese, variierend von der Ausdehnung eines Pfennigstückes bis zu Flachhandgröße, haben mattrote bis bräunlichrote Grundfarbe, sind infiltriert und zeigen Erhebungen von den konfluerten stecknadelkopf- bis hanfkorn-großen, flachen, grauen bis graurötlichen Knötchen, die meist lichenoiden Glanz haben, stellenweise feine, kleienförmige Schüppchen zeigen und von tiefen und schmalen Furchen nach Art von Chagrinleder in polygonale Felder geteilt sind. Nässen recht selten. Zuweilen an Handflächen und Fußsohlen, auch an den Fingern und Unterschenkeln, die verruköse Form zu finden, dem Lichen ruber verrucosus sehr ähnlich, von ihm aber unterschieden durch die mehr graue Farbe, das Fehlen der echten Lichen ruber-Knötchen, besonders aber durch das in Anfällen auftretende Jucken. Die Erkrankung kommt öfters bei Psychopathen vor; auch wird sie durch psychische Erregungen, Ärger u. dgl. ungünstig beeinflusst. Meist bei Erwachsenen auftretend, ist sie aber auch im Kindesalter nichts Seltenes (Hoffmann hat auf die bei skrofulösen Kindern vorkommende Neurodermitis universalis hingewiesen), wird aber oft mit Ekzem verwechselt, mit dem sie auch häufig kompliziert ist; durch Kratzen oder irritierende Behandlung kommt es leicht zu Ekzematization. Andererseits beobachtet man auch Übergehen von Ekzem in Neurodermitis. Letztere ist übrigens viel hartnäckiger und zu Rezidiven neigend. Differentialdiagnostisch wäre

noch hervorzuheben: Ekzem setzt akut ein unter Zeichen der Entzündung. Hauteruption und Jucken gehen Hand in Hand. Es kommt zu Nässen, Schwellung, „Katarrh“. Die Neurodermitis beginnt mit Jucken, das zuweilen lange Zeit vor Erscheinen der Hauteffloreszenzen besteht. Es bilden sich trockene, derbe, flache, schmutzige bis grauweißliche Papelchen, die im weiteren Verlaufe zu erhabenen, infiltrierten Plaques konfluieren; es besteht absolute Trockenheit, große Hartnäckigkeit. Therapeutisch hat sich Carboneal bewährt, das 2 mal täglich dünn aufzupinseln ist.

(B. Kl. W. 1914 Nr. 44.)

Prognostisches.

Harmlose Formen der Zuckerkrankheit bei jüngeren Menschen. Von Priv.-Doz. Dr. E. Frank (Aus der Mediz. Klinik Breslau). Dadurch daß die Methodik der Blutzuckerbestimmung früher noch Schwierigkeiten bot und zu wenig Erfahrung über das Verhalten des Blutzuckers unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen gesammelt war, ist die Angelegenheit des renalen Diabetes lange Zeit wenig gefördert worden. Heute aber wissen wir: der renale Diabetes des Menschen ist ein wohlbekanntes klinisches Bild, welches häufig genug vorkommt und sich in seiner Beurteilung vom Diabetes mellitus so sehr unterscheidet, daß das Interesse und die Wachsamkeit des Praktikers sich diesen Formen in Zukunft wohl wird zuwenden müssen. Ja, es ist vielleicht nicht zu kühn prophezeit, daß die gründliche Untersuchung der leichten Diabetesfälle in jüngeren Lebensjahren deren überwiegende Zahl in das Gebiet der renalen Form einreihen wird. Das klinische Bild des renalen Diabetes beim Menschen sieht etwa folgendermaßen aus: Es handelt sich stets um einen leichten Diabetes (Spuren bis 1,5 % Zucker in der Tagesmenge, mehr wohl nur bei sehr geringem täglichen Harnquantum), welcher häufig von der Menge der zugeführten Kohlehydrate völlig unabhängige Schwankungen aufweist. Unabhängig von der Ernährung ist er auch sofern, als selbst bei starkem Kohlehydratgenuß mehr als 20 g Zucker pro Tag kaum ausgeschieden werden. Innerhalb dieser Grenzen kann man aber fast in allen Fällen sehr deutlich den Anstieg bei reichlichem, das Sinken der Glykosurie bei spärlichem Nahrungskohlehydrat verfolgen. Traubenzuckerdarreichung gibt daher fast stets erhebliche Glykosurie (1 % und darüber). Bei völliger Kohlehydratentziehung kann der Harn alsbald zuckerfrei sein, kann aber auch dauernd deutliche Mengen oder wenigstens Spuren von Traubenzucker enthalten. Ein solcher Verlauf einer Glykosurie bei einem Menschen, der sonst höchstens einige Zeichen der Neu-

rasthenie oder geringfügige Albuminurie darbietet, sollte stets den Verdacht auf die renale Natur der Zuckerkrankheit wachrufen. Entscheidend ist aber erst die Bestimmung des Zuckers im Blutplasma, die auch im Moment der Zuckerabsonderung selbst keine erhöhten Werte ergibt. Auch wenn der Blutzucker ein wenig erhöht ist, bei dem üblichen Kohlehydratgehalt der Nahrung aber 0,15% nicht übersteigt, darf mit hoher Wahrscheinlichkeit noch ein renaler Diabetes angenommen werden. Mit der Einreihung in die Gruppe des renalen Diabetes gewinnt nun ein Fall prognostisch ein besonderes Gesicht. Diesen Formen liegt ja keine Störung der den Kohlehydratstoffwechsel regulierenden Organe zugrunde, sondern eine eigentümliche Funktionsstörung der Nierenepithelien, die auf eine leichteste Schädigung zurückzuführen ist, vielleicht sogar als eine Art Ueberfunktion gedeutet werden muß. Es ist deshalb a priori sehr wahrscheinlich, daß ein Fortschreiten zu schweren Graden mit starken Zuckerverlusten und Bildung von Azidosekörpern niemals eintreten wird, sondern daß das ganze Bild stationären Charakter tragen dürfte. Auch diejenigen Komplikationen, die sonst gerade die leichteren Diabetesfälle des höheren Alters treffen (Neuritiden, Pruritus, Furunkulose, Zahnausfall, Katarakt, Retinitis usw.) fehlen, da der für die Entstehung dieser Dinge mit in Betracht kommende hohe Zuckergehalt der Säfte ja hier nicht vorhanden ist. Der Umstand, daß sich bei einem anscheinend leichten Falle durch Entziehung der Kohlehydrate manchmal keine Zuckerfreiheit erzielen läßt, darf den Arzt nicht befremden: er ist nicht etwa ein Zeichen der Schwere der Erkrankung, sondern ergibt sich ganz naturgemäß aus der renalen Natur des Krankheitsbildes. Wird in der Schwangerschaft Zucker im Harn gefunden, so ist zunächst nicht an jene infolge der mangelnden Konzeptionsfähigkeit der Diabetischen seltenen Fälle zu denken, welche nur eine Kombination von Diabetes mellitus und Gravidität darstellen und erfahrungsgemäß durch die Schwangerschaft sehr ungünstig beeinflußt werden. Nur wenn die Zuckerausscheidung auffällig hoch ist und die Anamnese erweist, daß der Diabetes auch bereits vor der Schwangerschaft vorhanden war, wird man sich von dem Gedanken der bedeutungslosen Schwangerschaftsglykosurie lossagen und durch eine Blutzuckeruntersuchung die Sachlage klären. Aus dem Gesagten ergibt sich, daß bei der renalen Form der Zuckerkrankheit von jeder diätetischen Beschränkung abgesehen werden darf. Welchem Zwecke sollte sie auch dienen! Weder eine Steigerung der Toleranz für Kohlehydrate noch eine Herabsetzung der Hyperglykämie kommt hier in Frage, und der Zuckerverlust an sich ist ja ganz geringfügig und kann übrigens durch die strenge Diät nicht einmal stets vermieden werden. Es

ist gewiß für den Praktiker wichtig, zu wissen, daß es gar nicht so wenig Diabetesfälle gibt, in denen er das für den Patienten so lästige Verbot des Amylaceengenusses nicht auszusprechen braucht oder wenn bereits von anderer Seite auf die Einhaltung eines antidiabetischen Regimes gedrungen worden war, die ersehnten Kohlehydrate wieder gewähren darf. Wichtig ist schließlich die Kenntnis des besprochenen Bildes für die Lebensversicherungsärzte. Da die renale Glykosurie als eine durchaus harmlose Anomalie anzusehen ist, so kann die sonst auch leichten Fällen von Diabetes mellitus gegenüber reservierte Haltung nicht angenommen werden. Es ist vielmehr die Zuckerausscheidung in diesen Fällen bei Erwägung der Aufnahme in die Versicherung nicht zu berücksichtigen. (Ther. d. Gegenw. 1914 Nr. 11.)

Zehn Jahre Scharlachstatistik. Von Dr. H. Barasch (II. Innere Abteil. d. Städt. Krankenhäuser a. Urban in Berlin). Die Statistik umfaßt 1438 Fälle. Die Mortalität im Durchschnitt 6,6% = 95 Fälle. Ein Mittel, die Krankheitsdauer irgendwie zu beeinflussen, konnte nicht gefunden werden; auch für Rotlicht gilt dies. Als Prophylaktikum gegen Nephritis wurde von Anfang an Urotropin gegeben; ein Effekt wurde dadurch — ebenso wie von Darreichung von Liq. Kalii acetici und Laxantien — nicht erzielt. Nephritis wurde in 232 Fällen (= 16,1%) beobachtet, von denen 14 (= 6%) starben. Die Erfolge des Diphtherieserums bei den Mischinfektionen von Scharlach und Diphtherie waren recht gering. Die Gesamtmortalität betrug noch 22,8%. Zur Beseitigung der Bazillen, besonders auch bei Bazillenträgern, schien sich noch der Pyozyanasespray am besten zu bewähren.

(D. m. W. 1915 Nr. 1.)

Stauungspapille und ihre Bedeutung für die Hirnchirurgie. Von W. Rentz (Breslau). Unter 220 Fällen von Stauungspapille, Neuritis optica oder neuritischer Atrophie war die Ursache in 76% ein Hirntumor, in 10% Hirnlues, in je 4% Hydrocephalus und Turmschädel, während alle übrigen Ursachen mit je kaum 1% vertreten sind. Einseitiges Auftreten oder stärkere Ausbildung der Stauungspapille auf einer Seite ist zur Diagnose der Seite, auf welcher der Tumor sitzt, in der Regel nicht zu verwerten, da das gegenteilige Verhalten recht häufig ist. In 35% der Fälle von Stauungspapille bei Hirntumor fanden sich Augenmuskellähmungen oder Nystagmus. Von operativen Eingriffen wurde in 75% der Fälle die Lumbalpunktion gemacht, die zwar meist gut vertragen wurde, aber doch drei Todesfälle im Gefolge hatte. Die Hirnpunktion nach Neisser-Pollack wurde 12 mal vorgenommen,

darunter 5 mal mit Erfolg in diagnostischer Hinsicht (Entleerung von Tumorzellen), einmal trat nach dem Eingriff eine schwere Hirndrucksteigerung ein, welche die Vornahme der Trepanation erforderlich machte. Die Palliativtrepanation wurde in 29 Fällen ausgeführt mit 55 % Todesfällen, 10 Patienten lebten noch längere Zeit nach der Operation, Besserung der Sehschärfe erfolgte in 6 Fällen. 14 mal wurde ein Gehirntumor entfernt, darunter 36 % Todesfälle, 9 Kranke lebten noch 1½ bis 6 Jahre nach der Operation, die Stauungserscheinungen gingen stets zurück, doch trat in 5 % der Fälle, die als Tumor cerebri diagnostiziert wurden, Spontanheilung ohne Operation ein.

(Graefes Arch. 89, H. 1. — D. m. W. 1915 Nr. 5.)

Kasuistisches.

Ein bemerkenswerter Fall von Abdominaltyphus. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ewald in Berlin. Es handelte sich um einen Reservisten, der am 1. Oktober eine Schußverletzung am rechten Oberarm bzw. der Schulter erhalten hatte. Die Einschußöffnung war etwas unterhalb des Akromion etwa dreimarkstückgroß, in Heilung begriffen. An der Ausschußöffnung unterhalb des Proc. coracoides eine 12 cm lange und 1 cm breite, mit eitrigem Belag bedeckte Stelle, in der ein Gummidrain steckte. Es bestand eine Absprengung der lateralen Seite des Humerus im oberen Drittel desselben, die proximale Seite zeigte die eben genannten nekrotischen Herde. Der Mann war bereits seit dem 11. Oktober, also nahezu 4 Wochen, im Lazarett mit mäßigem Fieber von 38,1 bis 38,4° ohne besondere Allgemeinerscheinungen, als er am 3. November einem operativen Eingriff behufs Entfernung zahlreicher nekrotischer Knochenstücke aus der Humerusdiaphyse nach Spaltung der an der Vorderseite des Oberarms gelegenen Ausschußöffnung unterzogen wurde. Jodoformgazetamponade, Verkleinerung der Inzisionswunde durch 4 Nähte. Mit diesem Tage trat plötzlich und unvermittelt ein hohes Fieber von 40° und darüber ein, und es entwickelte sich eine Dämpfung H.U.R. mit vereinzelten feuchten Rasselgeräuschen, aber ohne Husten und Auswurf. Leber und Milz waren der Perkussion nach nicht vergrößert und nicht palpabel. Eine Untersuchung auf Typhusbazillen war negativ ausgefallen. Erscheinungen von seiten des Magens und Darms waren nicht vorausgegangen, das Sensorium des Kranken war nicht benommen, sonstige auf Typhus hinweisende Symptome lagen bisher nicht vor. Es konnte immerhin die Möglichkeit vorliegen, daß eine Embolie der Lunge und konsekutive Pneumonie bestand, doch war der Fall jedenfalls auf Typhus sehr verdächtig, wobei es nur

auffallend blieb, daß die hohen Temperaturen erst mit dem operativen Eingriff an der Schußwunde eingesetzt hatten. Der Kranke wurde in das Augustahospital überführt, in dem man eine Isolierstation eingerichtet hat. Hier entwickelte sich nun sofort das unverkennbare Bild eines schweren Typhus mit Delirien, Herzschwäche, Tympanie und dünnen, erbsgelben Stühlen usw., und es konnten am dritten Tage Typhusbazillen im Harn nachgewiesen werden. Der Kranke ging 6 Tage später zugrunde, und die Sektion bestätigte die Diagnose. Im unteren Teil des Ileums fanden sich markige Schwellung der Follikel, frische Geschwüre mit Schorfbildung und einige gereinigte Geschwüre, offenbar älteren Datums. Die ileozökalen Lymphdrüsen waren bis pflaumengroß markig geschwollen. In beiden Unterlappen waren zahlreiche pneumonische Herde. In der Schußwunde an der vorhin beschriebenen Stelle eitriger Belag und größere Eiterherde, die zum Teil noch geschlossen sind. Aus einem derselben konnte man unter den üblichen Kautelen Typhusbazillen in Reinkultur nachweisen. Durch diesen Befund ist der eigenartige Verlauf des Falles aufgeklärt. Es handelte sich um einen Bazillenträger, der offenbar vor einigen Wochen einen Typhus ambulans durchgemacht hatte. Es ist bekannt, daß sich die Bazillen aus dem Blut nicht nur in der Gallenblase und den Lymphdrüsen, sondern auch im Knochenmark einnisten und hier längere Zeit lebensfähig halten können. Von hier dürften sie nach der Zerschmetterung des Knochens zunächst in den umgebenden Eiter übergetreten und dann durch die Operation mobilisiert worden sein, während sie vorher noch abgekapselt waren und nicht in den allgemeinen Kreislauf kamen. So entstand durch den plötzlichen Einbruch massenhafter Bazillen in die Zirkulation die scheinbar primäre und unmittelbar nach der Operation einsetzende schwere Affektion, die in Wahrheit sekundärer Natur war. Es ist für dieses Ereignis prinzipiell gleichgültig, ob nun, was sich nicht entscheiden läßt, der Ausgangspunkt in der Tat ein Bazillennest im Knochenmark gewesen ist oder ob eine Bakteriämie bestand und die Bazillen direkt vom Blut aus in die Abszesse übergetreten sind und dort gewissermaßen die Ladung erfolgte. Der Fall zeigt aber auf das deutlichste — und darin liegt der gebotene Anlaß, ihn hier mitzuteilen —, welchen bisher nicht bekannten oder nicht eingetretenen Gefahren die Bazillenträger unter Umständen ausgesetzt sind.

(Zschr. f. ärztl. Fortbild. 1915 Nr. 4.)

Thrombose des linken Vorhofes und der Pulmonalvenen bei einem Fall von Abdominaltyphus. Von Dr. Fritz Linker. (Aus dem pathologisch-bakteriologischen Institut der Landeskranken-

anstalten in Czernowitz.) Der — recht seltene — Fall wird eingehend geschildert. [(Prag. med. Wschr. 1914 Nr. 51.)]

Eine typische Erkrankung der oberen Femurepiphyse. Von Erwin Schwarz. Schwarz bespricht eine in gewissem jugendlichen Alter am Schenkelkopf vorkommende, häufig an ein kleines Trauma (Fall und Stoß) sich anschließende, mit Hinken einsetzende Erkrankung, die mit einer Abflachung des Kopfes durch subchondrale Destruktionsherde (Ernährungsstörung im Innern des Gelenkkopfes) einhergeht und klinisch durch deutliches Hinken und beträchtliches Hervortreten des Trochanter major charakterisiert ist sowie durch Hemmung der Abduktion und gewisser Drehbewegungen bei völlig freier Flexion und Abduktion. Das positive Trendelenburgsche Symptom erklärt die Ursache für den hinkenden Gang (Insuffizienz der pelviotrochanteren Muskelgruppe). Zuweilen geht ein schmerzhaftes, spastisches Stadium voraus, jedoch nur von kurzer Dauer. Die ungestörte Flexion läßt diese Affektion von Coxitis leicht unterscheiden. Das Röntgenbild läßt im Beginn kleine Aufhellungsherde in der Epiphyse erkennen, die allmählich konfluieren. Unter dem Druck des Pfannendaches wird die weich und nachgiebig gewordene Epiphyse stark abgeflacht und nach außen hin über dem Schenkelhals bis nahe zum Trochanter hin ausgerollt und kann durch den destruierenden Prozeß die Kopfkappe ganze Partien völlig verlieren, andere können in größere und kleinere Bruchstücke oder Knochenknäuel zerfallen, die sich mitunter durch einen verstärkten Kalkreichtum kennzeichnen. Im Schenkelhals kommt es zu einer leichten Aufhellung oder Auflockerung der obersten Partien, die sich gegen die gesunden unteren, mit sehr deutlichen scharfen, girlandenartig angeordneten Bogenlinien abgrenzen. Im weiteren Verlauf verdickt sich der Schenkelhals, verkürzt sich auch etwas durch den die Juxtaepiphyse, besonders die laterale obere Collumcke arrondierenden Prozeß und biegt sich unter dem Drucke der Körperlast etwas zur Coxa vara ab. — Die fortschreitende Deformierung der Epiphyse geht keineswegs mit einer Verschlimmerung des klinischen Bildes Hand in Hand, es kann bei zunehmender Zerstörung der Kopfkappe zu einer Besserung des Ganges und der Gelenkbeweglichkeit kommen; aus dem klinischen Bild allein kann man nie auf die Schwere der pathologischen Veränderungen schließen. Diese Erkrankung kann nach jahrelangem Bestehen ganz von selbst ausheilen, und zwar in bestimmten charakteristischen Formen (lange, flache, den dicken Schenkelhals in weiter Strecke überziehende Kopfkappe, flache Pfanne) — oder aber sie kann in einen Zustand übergehen, der dem Bilde der Arthritis deformans juvenilis

ähnlich wird, während im übrigen diese Erkrankung von der Arthritis deformans infantilis zu trennen ist. Die Erkrankung ähnelt in ihrem ganzen Bilde, auch im Röntgenbefund, anderen Hüfterkrankungen (tuberkulöser Collumherd, Coxa vara), besonders in den Frühstadien oft so sehr, daß die Diagnose oft schwierig und das Röntgenbild von größter Bedeutung ist. Die Therapie kann durch Massage und gymnastische Uebungen den Bewegungshemmungen entgegenarbeiten. Im schmerzhaften Stadium und bei Abduktionskontraktur sind event. Korrektur in Narkose und Gipsverband oder Extensionsbehandlung am Platz. Schwarz schildert kurz 22 Fälle dieser Erkrankung und gibt die schematischen Röntgenbilder in den verschiedenen Stadien der Erkrankung.

(Beitr. z. Kl. Chir. 1914 H. 1. — M. m. W. 1914 Nr. 38.)

Beitrag zu dem blutenden Septumpolypen. (Ein Frühsymptom der Schwangerschaft.) Von Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Anton. Verf. konnte zwei Fälle von blutenden Septumpolypen beobachten, die für einen Kausalkonnex zwischen diesen und Gravidität zu sprechen scheinen. Das Auftreten derselben war bei wiederholten Schwangerschaften im ersten Monate ein so regelmäßiges, daß ein zufälliges Zusammentreffen ausgeschlossen werden konnte und die Trägerinnen der Tumoren die Epistaxis bei der zweiten und den folgenden Schwangerschaften als zuverlässiges Zeichen der eingetretenen Konzeption noch vor dem Zessieren der Menses ansahen. Auffallend erschien das rasche Wachstum des Septumpolypen im ersten Falle, auf das auch schon Schadowald aufmerksam machte und gleichsam als explosives bezeichnete. Dieses starke Wachstum wie auch die häufig auftretenden Rezidive sowie die oft vorhandene kleinzellige Infiltration lassen bei den in Rede stehenden Neubildungen im vorderen Teil des Septums mitunter an Sarkom denken, doch gehören die bisher publizierten Fälle fast ausnahmslos in die Gruppe der gutartigen, gefäßreichen Bindegewebsgeschwülste und wurden bald als Granulome, bald als Fibrome, als Fibroangiome, als gutartige Angiome (Angiokavernome) bezeichnet; in einem der publizierten Fälle hatte es sich, wie die konsekutive Erkrankung der regionären Lymphdrüsen zeigte, um ein Sarkom gehandelt. Zur Beantwortung der Frage, auf welche Weise diese blutenden Tumoren während der Gravidität zustandekommen, ist in erster Linie auf die mannigfachen Störungen der Zirkulation während der Schwangerschaft zu rekurrieren. Daß diese Störungen der Zirkulation während der Gravidität besonders in den vorderen Partien der Nase auftreten, ist durch die reichliche Gefäßversorgung dieser Teile erklärlich. Ist ja auch für die Mehrzahl der spontanen Blutungen der vorderste Nasenabschnitt

(insbesondere des Septums) die Prädilektionsstelle, und auch für die vikariierenden Blutungen geben der vordere Abschnitt der Cartilago septi, die Tubercula septi und unteren Muscheln (Genitalstellen Flies) die Quelle für die menstruelle Ersatzblutung ab. Durch die Abschilferung des Epithels (z. B. bei der Tamponade) kann es leicht zu Erosionen, zu Wucherungen der Tunica propria oder des Papillarkörpers (bei weit vorn sitzenden Polypen) und in weiterer Folge zur Bildung der gefäßreichen Geschwülste kommen. (Prag. m. Wschr. 1914 Nr. 45.)

Fall von geheiltem Tangentialschuß des Schädels mit Hirnabszeß nebst Bemerkungen über die operativen Heilaussichten bei Hirnabszessen im allgemeinen. Von Zange. Es handelt sich um einen Franzosen mit Tangentialschuß an der rechten Stirn durch ein deutsches Infanteriegeschöß, markstückgroße Zertrümmerung der knöchernen Schädeldecke mit hühnereigroßem, verjauchtem Eiterherd im Stirnlappen, darin ungefähr 30 Knochen-trümmer. Breite Freilegung und Ausräumung des Erweichungsherd. Dabei findet sich die umgebende Hirnmasse in den Schädeldefekt eingepreßt und vorgefallen. Rasche Heilung. Dieser günstige Ausgang entspricht ganz den von anderen schon gemachten Kriegserfahrungen, nach denen Tangentialschüsse auch mit infizierten Hirnverletzungen, wenn sie bald operiert werden, fast ausnahmslos günstig verlaufen. Dieser meist glückliche Ausgang der eitrigen Hirnwunden steht in auffälligem Gegensatz zu den operativen Erfolgen bei Hirnabszessen im allgemeinen, speziell denen nach Ohr- und Naseneiterungen. Nach den Statistiken einzelner Kliniken heilen hier nur etwa 25% (Körner). Der Grund für diesen auffallenden Unterschied in den Operationsergebnissen bei dieser und jener Art liegt unter anderem wohl vielfach im folgenden: Bei den frischen Schädelverletzungen kann das Gehirn sich sofort in den Schädelkapseldefekt einpressen und so eine sekundäre Ausbreitung der Infektion vom Zertrümmerungsherd auf die Meningen verhindern und beschränken. Daß das häufig der Fall ist, wurde auch von anderer Seite hervorgehoben. Bei den otogenen und rhinogenen Hirnabszessen besteht dagegen zur Zeit der Operation häufig schon ein diffuser oder umschriebener meningealer Erguß, der die Hirnmasse von der Dura abdrängt und bei der Eröffnung von Dura und Abszeß das rasche Einpressen der Hirnmasse in den Operationsdefekt verhindert und damit eine diffuse Ausbreitung der Infektion vom eröffneten Abszeß auf den ganzen Meningealraum begünstigt. Zange stützt diese Auffassung einmal darauf, daß er bei otogenen und rhinogenen Hirnabszessen (auch latenten) in der Regel eine starke Vermehrung des Liquor

cerebrospinalis und eine enorme Lumbaldrucksteigerung, häufig von 400—500 mm (gemessen mit dem Reichmannschen Punktionsapparat) fand. Sodann aber stieß er daneben in mehreren Fällen bei der Operation auf ausgedehnte, wohlumschriebene, seröse subdurale Ergüsse im Bereiche des Abszesses, nach deren Eröffnung trotz raschen Liquorabflusses die zurückgedrängte Hirnmasse nicht gleich in den Duraspalt eintrat. Hier schloß sich an die Eröffnung von subduralem Erguß und Abszeß eine rasch tödlich verlaufende Meningitis an. Zange ist der Ansicht, daß neben der Art und Schwere der Infektion diese Umstände häufig an dem schlechten Ausgang vieler gewöhnlicher Hirnabszeßoperationen schuld sind. (Naturwissensch.-mediz. Gesellsch. zu Jena 3. XII. 14.)

Toxikologisches.

Ueber einen Todesfall nach intravenöser Injektion von Neosalvarsan. Von Priv.-Doz. Dr. Richard Frühwald (Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig). Eine 18jährige Kranke mit sekundärsyphilitischen Erscheinungen am Genitale, im Munde und im Gesichte erhielt 0,75 Neosalvarsan in 2 ccm destillierten Wassers; nach der Infusion hatte sie Kopfschmerzen, die am folgenden Tage verschwunden waren. Kein Fieber. Fünf Tage nach der ersten erhielt sie dieselbe Dosis, die wieder von vorübergehenden Kopfschmerzen, nicht aber von Fieber gefolgt war. Tags darauf fanden sich die syphilitischen Erscheinungen in weitgehendster Regression; die Papeln am After waren überhäutet, die am Genitale fast völlig verheilt, die Mundpapeln waren verschwunden, die seborrhoische Papel flacher und mehr braun gefärbt. Am Morgen des zweiten Tages nach der zweiten Infusion wird die Patientin bewußtlos aufgefunden; während sie erst noch gegen äußere Reize reagierte, wurde gegen Mittag das Koma tiefer. Dazu gesellten sich Streckkrämpfe, die sich zeitweise steigerten, wobei die Wirbelsäule bogenförmig rückwärts gekrümmt wurde. Der Urin war frei von pathologischen Bestandteilen. Der Liquor war anscheinend nicht sehr zellreich, aber enorm eiweißhaltig; der Druck stieg während der Anfälle bedeutend. Der Augenspiegelbefund war normal; die Wassermannsche Reaktion im Blute wie im Liquor positiv, ebenso im Blute des Foetus. Die Temperatur, die bei Beginn der bedrohlichen Erscheinungen 38,2° betrug, stieg im Laufe des Tags auf 39,2°. Trotz Aderlaß und Kochsalzinfusion starb die Kranke noch am selben Tag unter den Erscheinungen der Atemlähmung. Von einer Organinsuffizienz war klinisch nichts zu finden, und auch die Sektion ergab keinen diesbezüglichen Anhaltspunkt. Deshalb muß der Fall lediglich dem Neosalvarsan zur

Last gelegt werden. Die Höhe der Dosis, 0,75, kann nicht angeschuldigt werden, da dieselben schweren Erscheinungen bei geringeren Dosen beobachtet wurden; ebensowenig das Intervall von fünf Tagen zwischen den zwei Spritzen, da in dem genannten Falle die Infusionen eine Woche auseinanderlagen. Auch die Methode der hochkonzentrierten Lösung (2 ccm) kann nicht schuld haben, denn Verf. hatte seit Anfang August 1913 560 derartige intravenöse Injektionen vorgenommen ohne die geringsten Schädigungen; etwa 150 waren zu 0,6 und 410 zu 0,75 Neosalvarsan. Es kann auch nicht an dem Präparate liegen, und auch ein technischer Fehler ist ausgeschlossen; denn zwei andere Patientinnen wurden mit derselben Lösung injiziert ohne irgendwelche Störungen. Ebensowenig kann es sich um eine durch Stehen der Lösung bedingte Zersetzung des Mittels handeln, da die Patientin als zweite von dreien injiziert wurde und die folgende Kranke das Mittel völlig reaktionslos ertrug. Pat. war gravid, und Tomaszewski meint, daß zweckmäßig Gravide von der intravenösen Therapie ausgeschlossen würden; da möchte Verf. nur darauf hinweisen, daß er seit Mai vorigen Jahres mehrere Schwangere mit konzentrierten Neosalvarsaninjektionen behandelt hat, ohne die geringsten Schädigungen zu erleben. Von manchen Autoren werden ja systematisch Gravide mit Salvarsan bzw. Neosalvarsan intravenös behandelt, um das Kind zu retten; sie berichten aber nicht, daß dergleichen schwere Erscheinungen häufiger wären. Nach alledem ist es klar, daß es kaum möglich ist, diese Zwischenfälle voraussehen und zu vermeiden. Das ist und bleibt ein trauriges Anhängsel der Salvarsantherapie. (M. Kl. 1914 Nr. 25.)

Fall von Adalinvergiftung. Von Dr. H. Dierling (Sanator. Friedrichshöhe bei Obereigk). Hysterica (Morphiumabusus) nimmt 13 g des Mittels. Neben der hypnotischen Wirkung besonders solche auf die Herztätigkeit (Puls anhaltend klein und sehr frequent). Auch heftiges Erbrechen. Zustand zeitweise recht bedrohlich. Verf. will eine Beschränkung im Handverkauf des Mittels. (M. Kl. 1914 Nr. 47.)

Vergiftungsversuch mit Adalin. Von Dr. A. v. Hirsch-Gereuth (Berlin). Hysterica nimmt 17—18 g. Wirkung: einfach Schlaf durch 3 Tage, keine Neben- oder Nachwirkungen. Also ein Beweis für die relative Unschädlichkeit des Mittels. (Therap. d. Gegenw., Januar 1915.)

Ueber längeren Gebrauch von Adalin. Von San.-R. Dr. H. Freund (Berlin). 62jähr. Arteriosklerotiker nimmt seit langer

Zeit Adalin in Dosen von 0,25 oder 0,5 abends ohne jede Nebenwirkung.
(M. Kl. 1915 Nr. 2.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Wundberieselung. Von Lentz. Verf. behandelt Quetsch-
wunden und offene Extremitäten-Knochenbrüche seit 20 Jahren
durch Dauerberieselung mit Wasserstoffsuperoxyd. Der Berieselungs-
apparat besteht aus einem hölzernen Ständer, an dem ein Blech-
gefäß mit 5 Liter Inhalt mit verstellbarem Tropfenabfluß auf-
gehängt ist. Als Flüssigkeit zur Berieselung wird Lösung von
0,3 Liter Wasserstoffsuperoxyd auf 1 Liter destilliertes Wasser
von 38° verwendet. Die offenen Wunden werden täglich zweimal
je 2—4 Stunden berieselt; dann aseptischer Verband. Vorteile:
1. mechanische Reinigung der Wundflächen, 2. antiseptische Wir-
kung ohne Reizung, 3. Desodorisation und Schmerzlinderung, 4.
kräftige Anregung der Granulationsbildung, 5. Herabsetzung der
Körpertemperatur, 6. Steigerung des Tonus der quergestreiften
Muskelfasern. Lentz verwendet Wasserstoffsuperoxyd auch für
Dauerberieselung bei Gasgangrän mit gleichzeitiger Einspritzung
des Mittels in das Unterhautzellgewebe.

(D. militärärztl. Zsch. Nr. 24. — D. m. W. 1915 Nr. 5.)

Orthopädische Behandlung der Spasmen nach Kopfschüssen.
Von Privatdozent Dr. v. Baeyer-München. Die Behandlung
besteht darin, daß man ein etwa 3 cm breites, unelastisches sogen.
Tailleband, welches mit einer Schnalle versehen ist, um die Ex-
tremität schlingt. Es soll nur locker anliegen, auf keinen Fall so
fest, daß es irgendwie staut. Die Stelle, wo es am besten wirkt,
muß man durch mehrfaches Versuchen an verschiedenen Stellen
herausfinden. Für die Beugung des Ellenbogens ist meist der
günstigste Ort etwas unterhalb des Trizepsbauches. In vielen
Fällen bedarf man mehrerer Bänder. Der Effekt dieses Umschlingens
bestand nun darin, daß entweder eine Bewegung, die der Kranke
überhaupt nicht mehr machen konnte, wieder zustande kam, oder
daß eine stark gehemmte Gelenkexkursion viel schneller und
leichter vonstatten ging. Außerdem gab es auch manchen Ver-
sager, es war aber verhältnismäßig selten, daß an einem und
demselben Patienten gar kein Erfolg, sei es am Bein oder am Arm,
zu erzielen war. Gegen die Spasmen infolge von Kopfschüssen
hat man bisher therapeutisch außer etwas Ueben nichts zu tun
vermocht. Durch die beschriebene Methode kann man nun die
Uebungsbehandlung wesentlich unterstützen oder sie überhaupt

erst ermöglichen. Sehr auffällig war mehrfach der Nutzen der Bänder bei den Gehversuchen der Kranken. Da Verf. bis heute keine bessere Erklärung für diese merkwürdige Erscheinung weiß, die wohl in einer Lösung der Spasmen besteht, so gibt er hier die Theorie, auf deren Grund er zu dem einfachen Hilfsmittel kam. Da bekanntermaßen die Spasmen auf einem Fortfall der Hemmungen beruhen, muß es, sagte sich Verf., Fälle geben, wo noch ein Teil der Hemmungen erhalten ist. Dieser Rest der Hemmungen ist nun stärker zu erregen, so daß er den fehlenden Teil ersetzt. Da die Hemmungen wohl sicher von den sensiblen Eindrücken dirigiert oder ausgelöst werden, so ist die Aufgabe, die sensiblen Wahrnehmungen bei Bewegungen, speziell im Muskel, zu vermehren. Die sensible Wahrnehmung einer Bewegung im Muskel, das Kontraktionsgefühl, läßt sich nun ganz wesentlich durch Umschnürung mit einem Bande steigern, wie man es ohne weiteres an sich selbst konstatieren kann.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 4.)

Operativ mobilisierte Kniegelenke bewähren sich auch im Kriege. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Payr aus Leipzig. Verf. ist in der Lage, über die Leistungsfähigkeit von zwei Offizieren unserer Armee, denen er wegen knöcherner Ankylose das Kniegelenk durch Faszien-(Fett-)Zwischenlagerung mit vollem Erfolge wieder beweglich gemacht hatte, im Felddienste zu berichten. Operationen fanden 1910 bzw. 1913 statt.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 4.)

Die Behandlung des Tetanus. Von Dr. Georg L. Dreyfus. (Aus der Medizinischen Klinik der Universität Frankfurt a. M.) Verf. möchte auf Grund seiner jüngsten Erfahrungen die subkutane Injektion von Luminal angelegentlich empfehlen. Man kann ruhig 3 mal 0,4 g Luminal innerhalb 24 Stunden geben. Verf. sah hiervon eine wesentliche Beruhigung der Kranken ohne nachteilige Folgen oder sonstige Schädlichkeiten. Luminal ist so event. imstande, alle anderen Narkotika überflüssig zu machen.

Luminalnatrium 4,0

Aq. dest. 20,0

1—2 ccm pro Injektion (= 0,2—0,4 Luminal).

(Ther. Mh. 1914 Nr. 12.)

Wundbehandlung mit Calomel. Von Dr. Paul Bermbach (Cöln.) Nachdem Verf. seit etwa 2 Jahren Karbunkel und Furunkel, subkutane Panaritien und Phlegmonen sowie Lymphangiten ausschließlich mit Calomel behandelt hat, bot sich ihm als Stations-

arzt eines Reserve-Lazarets reichliche Gelegenheit, das Mittel auch bei vielen infizierten Schußverletzungen anzuwenden. Bei den erstgenannten Prozessen hat Verf. 30 % ige Calomelsalbe angewandt. Auf deren Anfertigung ist ganz besondere Sorgfalt zu verwenden; das Calomel muß in der Salbengrundlage möglichst gleichmäßig verteilt sein. Die Calomel Ebaga (Beiersdorff) trägt dieser Forderung in idealer Weise Rechnung. Die Salbe wird als Klümpchen auf die Haut aufgelegt und mit nicht perforiertem Leukoplast, zur Erzielung eines luftdichten Abschlusses, unter leichtem Druck auf die Salbe bedeckt. Dieser Verband wird täglich gewechselt, bis die entzündlichen Erscheinungen entweder ganz geschwunden sind oder unter Rückbildung der Infiltration eine kleine, wenig absondernde Öffnung entstanden ist. Das Messer konnte Verf. bei Karbunkeln und Furunkeln immer vermeiden. Das Entstehen neuer Karbunkel und Furunkel in der Nachbarschaft der alten wird entschieden durch die Calomelbehandlung trotz der Pflasterverbände vermindert. Die Narbenbildung ist eine geringe, das kosmetische Resultat ein sehr gutes. Bei infizierten Schußverletzungen beobachtete Verf. nach der Behandlung mit Calomelpulver schnelles Nachlassen der Eiterung, Anschwellen und Bildung fester großer Granulationen, die meist nach einigen Tagen sich mit schwärzlichem Cruor bedecken. Namentlich große Weichteildefekte und torpide, schmierige Granulationen eignen sich vorzüglich für die Calomelbehandlung. Bei durch Sequester verursachten eiternden Fisteln wendet Verf. Calomelstäbchen an. (0,6 Calomel, 2,0 Ol. Cacao). Auch hier schnelles Nachlassen der Eiterung, Verkleinerung der Fistel durch hohle Granulationen, Abnahme der Entzündung in der Umgebung und desodorierende Wirkung.

(Aerztl. Sachverst. Ztg. 1915 Nr. 2.)

Der gefensterterte Gipsverband. Von Dr. August Dobisch in Auscha (Deutschböhmen). Verf.s Verfahren besteht darin, daß nach Festkleben des Verbandes mit Mastisol oder ähnlichem Mittel ein Kegelstutz aus Kork oder Holz mit der kleineren Kreis- oder Ovalfläche (Kegel einfach schräg geschnitten!) auf dem Verband aufgelegt und somit genau über der Wunde liegend mit dem ersten Bindengang (Kalikot) festgehalten wird. Dann kommt der Gipsverband, den Kegelstutz rings umgebend; nach Fertigstellung des Verbandes wird nun einfach der Kegelstutz herausgehoben, der nun vorliegende Gipstrichter wird mit Mastisol bestrichen (Schutz vor Wundabsonderungen). Ein Vergleich der oben angeführten Verbesserungen mit diesem seit etwa einem Jahre geübten Verfahren dürfte zugunsten des letzteren ausfallen, denn es ist

1. billig, es braucht keine Vorrichtungen als den Kegelstutz, den sich jeder leicht beschaffen kann;
2. einfach: da Fenster und Verband gleichzeitig hergestellt werden, braucht der Ort und die Lage der Wunde nicht gesucht zu werden;
3. reinlich: kein Ausschneiden, daher keine Abfälle von Gips, die sich sonst schwer vermeiden lassen.
4. rasch: wenn bei 20 Verwundeten durch den Wegfall des Ausschneidens sowie des nachträglichen Ausputzens auch nur je 5 Minuten erspart werden, so sind es schon 100 Minuten; eine Zeitersparnis, die den Verwundeten wie dem arbeitenden Arzte zugute kommt. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 5.)

Beitrag zur Technik der gefensterten Gipsverbände. Von Dr. Hans Schaefer, Assistent an der äußeren Abteilung des Lazaretts der Stadt Berlin zu Buch. Nachdem, wie üblich, die Wunde verbunden und die Wattelagen angelegt sind, bezeichnet man sich mit Buntstift auf den Bindenlagern die zu öffnende Stelle und schellackt sie. Hierauf bereitet man sich einen Gipsbrei, und zwar einen von fester Konsistenz, indem man also in bereitstehendes Wasser soviel Gips durch die Finger sieben läßt, daß der Gips über die Wasseroberfläche allseitig hervorschaut, den Gips nunmehr 1—2 Minuten „ziehen“ läßt, dann erst langsam umrührt, ihn dann stehen läßt, bis er die gewünschte Konsistenz hat. Von diesem Gipsbrei nimmt man eine Handvoll oder mehr und türmt ihn bergartig auf die geschellackte Stelle. Da der Gipsberg nachher herausgehoben werden soll, so kann man, um sich das Herausheben zu erleichtern, einen Faden, der um die Mitte eines Streichholzes geschlungen ist, so mit eingipsen, daß die Enden des Fadens auf dem Gipfel des Berges ruhen. Bevor der geglättete Gips hart geworden, schneidet man, um beim Herausheben des Bergs auf keinen Widerstand zu stoßen, mit einem Messer senkrecht zur Unterlage ringsherum soviel Gips ab, daß der Rand des Bergs etwa in der Dicke des anzufertigenden Gipsverbandes stehen bleibt. Nunmehr schellackt man den ganzen Gipsberg — Schellack (Schalenlack) bewirkt, daß der Gips der Unterlage nicht anhaftet, bzw. trennt zwei übereinanderliegende Gipsschalen —. Statt des Schellacks kann man auch Mastix (eine Schellacklösung) benützen. Jetzt legt man seine Gipstouren an. Die über den Berg führenden Touren modelliert man ihm mit der freien Hand an. Nachdem der Gipsverband fertig angelegt ist, umschneidet man mit kühnem, da ja höchstens den Gipsberg ritzenden, Schnitt den Fuß des Bergs, entschleiern den Berg durch

Abheben der Gipsbinden, die ihn bedeckten, faßt die Schnur am Gipfel des Bergs und hebt ihn an ihr aus seiner Bettung. Und das Fenster steht offen. (B. kl. W. 1915 Nr. 5.)

Chlortorfkissen als antiseptische Verbandstoffsparer. Von Dr. C. S. Engel (Berlin), z. Z. Vorsteher der Bakteriologisch-serologischen Station im Reservelazarett Insterburg. Auf Grund eines von dem Chemiker Dr. Heine und dem Zivilingenieur Carl Ziegler ausgearbeiteten Verfahrens war vor einiger Zeit nach Verfs. Angaben von der Deutschen Desinfektionsmittelfabrik Berlin-Wilmersdorf I ein Chlortorfmull hergestellt worden, welcher, zu 1% Nährböden zugesetzt, Mikroorganismen am Wachstum hindert und abtötet. Das Heine-Zieglersche Verfahren der Chlorimprägnierung des Torfmulls gestattet, Chlortorf von verschiedenem Chlorgehalt und somit ein stärker und weniger stark wirkendes bakterizides Aufsaugematerial herzustellen, welches je nach Bedarf zur Behandlung septischer und weniger infizierter Wunden benutzt werden kann. Selbstverständlich muß verhütet werden, daß der stark wirkende Chlortorf längere Zeit direkt mit der gesunden Haut in Berührung bleibt, zumal wenn der Chlortorf mit Flüssigkeit durchtränkt worden ist. Um die durch bakteriologische Untersuchungen sichergestellte Wirkung des Chlortorfs in der praktischen Kriegschirurgie zu erproben, wurden 20 cm im Quadrat große, aus Nessel bestehende, dichtporige Säckchen etwa zur Hälfte mit Chlortorf angefüllt und praktisch erprobt. Auf stark infizierte jauchige Wunden wurde zuerst eine dünne Lage Gaze und dann das Kissen gebracht. Das ganze wurde mit Binden befestigt. Nach Angabe der Chirurgen besserte sich der Zustand der Wunden in auffallender Weise. Die mit Blut und jauchigem Eiter durchtränkten Chlortorfkissen hatten auch nach der Durchtränkung keinen üblen Geruch, sondern rochen nach wie vor säuerlich nach Chlortorf. Nach den bisherigen Erfahrungen eignen sich die Chlortorfkissen gerade in jetziger Zeit ganz besonders als Verbandmittel.

1. Der Chlortorf ist selbst bakterienfrei und — besonders stark bei stärkerer Chlor- oder Kreosot-Chlorimprägnierung — ein sehr wirksames bakterizides Verbandmittel.

2. Da der Chlortorf etwa das Zehnfache seines Eigengewichts an Flüssigkeit aufsaugt, ist er ein ausgezeichneter Verbandstoffsparer, zumal da er selbst billig ist.

3. Da engmaschige Leinwand — und andere engmaschige Substanzen, die das Herausfallen des Chlortorfs verhüten sollen — sich als Umhüllung für denselben vorzüglich eignen, macht sich die deutsche Chirurgie von der Importbaumwolle frei, und sowohl

der Torfmull als auch der Chlor, als endlich die Säckchen können während der ganzen Dauer des Krieges im Inland hergestellt werden.

Dr. Colley hat den Chlortorf mit bestem Erfolge angewandt bei eitrigen, septisch-jauchenden Wunden in der Nähe des Afters. Um einen speziellen Fall anzuführen, hatte ein Soldat einen Schuß quer durch beide Hinterbacken, der auch den After durchschlagen hatte; ein dünnflüssiges, außerordentlich unangenehm riechendes Sekret wurde abgesondert. Der Geruch war derart intensiv, daß der Verwundete isoliert werden mußte, weil die anderen Kranken zu schwer belästigt wurden. Die Anwendung der Chlortorkissen brachte alsbald einen völligen Wandel in der Beschaffenheit des Sekrets hervor, so daß schon nach wenigen Tagen völlige Geruchlosigkeit bestand.
(D. m. W. 1915 Nr. 2.)

Vorschlag eines Ersatzes von Jodtinktur durch Bromchloroform in der Chirurgie, auf Grund experimenteller Versuche. Von Prof. Dr. K. Feist, Marine-Stabsapotheker, und Dr. Friedrich Bonhoff, Marine-Oberassistent (Marine-Lazarettsschiff „Chemnitz“). Zusammenfassend ergaben die Untersuchungen das Folgende: Sublimatlösung ist kein sicher wirkendes Desinfektionsmittel und versagt, speziell in der Tiefenwirkung, sogar absolut. Im 5 % igen Bromchloroform, wie Jodtinktur auf die nur mit Benzin gereinigte Haut aufgetragen, haben wir ein Mittel, das wie Jodtinktur die Haut auch in den tiefen Schichten absolut sicher keimfrei macht, und da es im Gebrauch einfach, haltbar und billig ist und nie irgendwelche Reizerscheinungen hervorruft, ist es wohl geeignet, für den Fall des Jodmangels die Jodtinktur in der Hautdesinfektion und Wundbehandlung voll zu ersetzen — es soll jedoch nicht die in ihrer vorzüglichen Wirkung unbestrittene Jodtinktur, solange Vorrat da ist, verdrängen.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 4.)

Jodtinktur, Perubalsam und Wasserstoffsuperoxyd mittels Zerstäuber angewandt. Von Dr. Dedolph. (Aus dem Reserve-lazarett II in Achen). Um Jod zu sparen, kam Verf. auf den Gedanken, den Spray zu versuchen. Dieser hat sich hier schon seit mehreren Monaten bewährt.

Verf. faßt seine Vorzüge wie folgt zusammen:

1. Der Jodverbrauch ist sehr gering.

Es ist schwer festzustellen, wieviel bisher mit der Gaze fortgeworfen wurde, sicher mehr als die Hälfte. Wenn man bedenkt, daß 100 g 5 % ige Jodtinktur etwa 1,50 Mk. kosten, so glaube ich,

daß der Verlust nicht gering ist. Ein Spray macht sich daher in kurzer Zeit bezahlt, zumal wenn man bedenkt, daß auch Gaze gespart wird.

2. Die Finger bleiben rein.

3. Das Jod gelangt in alle Fugen und Höhlen der Wunden, die mit der Gaze überhaupt nicht erreicht werden können. Hierauf beruht die Tatsache, daß die mit dem Spray behandelten verjauchten Wunden sich viel schneller reinigen als die mit Jodgaze-
tupfer behandelten. Ferner kann man mit dem Spray die Jodtinktur auch nach Resektionen sehr bequem in Gelenke oder Knochenhöhlen bringen oder auf die Wundflächen nach Amputationen, in die Pleurahöhle nach Empyemoperationen usw.

4. Dem Patienten werden Schmerzen erspart, da eine Berührung der Wunde nicht stattfindet.

5. Der Spray kann auch zur Desinfektion des Operationsgebietes vorteilhaft Verwendung finden.

6. Der Jodspray hindert die Tinktur am Verdunsten, vermeidet also eine Konzentration derselben, wie sie stattfindet, wenn man sie in offenen Schalen stehen läßt.

Der gewöhnliche Spray versagt beim Schiefhalten, wenn man Körperstellen treffen will, welche nach unten liegen. Ich ließ mir daher einen Apparat anfertigen, welcher die Ausstromöffnung durch dünne Gummischläuche beweglich machte, so daß man bequem alle Körperstellen erreichen konnte. Um ein spontanes Ausfließen der Tinktur zu verhüten, muß man während des Gebrauchs die Flasche tief halten, d. h. den Flüssigkeitsspiegel tiefer als die Ausstromöffnung, und ferner nach dem Gebrauch die Spitze an den an der Flasche angebrachten Haken hängen. Man kann den Zerstäuber natürlich ebensogut wie bei Jodtinktur auch bei Wasserstoffsperoxyd, Perubalsam verdünnt mit Spiritus aa und anderen Medikamenten gebrauchen. Zu beziehen ist der Apparat von der Firma Corn. Heinz, Aachen, Vincenzstr. 15.

(D. m. W. 1915 Nr. 4.)

Das Coagulen Kocher-Fonio in der Rhinochirurgie. Von Oberstabsarzt a. D. Dr. Ernst Barth in Berlin. Am zweckmäßigsten hat sich folgendes Verfahren gezeigt: Unmittelbar vor dem Gebrauch stellt man sich eine 10%ige wäßrige Lösung her, die man durch kurzes Aufkochen sterilisiert. Nach Beendigung der Operation werden die wunden Stellen mit dieser 10%igen Coagulenlösung beträufelt, am einfachsten durch Aufträufeln mit der Rekordspritze. Tatsächlich sieht man Blutungen gewöhnlich sofort aufhören, manchmal allerdings erst nach wiederholtem Beträufeln, so daß man aber schließlich ein vollständig blutgestilltes

Operationsfeld vor sich hat. Zur Sicherheit läßt man den Patienten nach Beendigung der Operation $\frac{1}{2}$ Stunde oder 1 Stunde warten und revidiert dann noch einmal das Operationsfeld, selbst wenn sich inzwischen keine Blutung bemerkbar machte. Etwaige selbst nur minimal blutende Stellen werden nochmals beträufelt oder ein mit der Coagulenlösung getränkter Tampon für 1 Minute oder länger aufgelegt bzw. erneuert, bis jede Blutung vollständig versiegt. Dieses Verfahren hat sich nicht nur bei allen endonasalen Operationen, sondern auch bei Tonsillotomien, Tonsillektomien und Adenektomien bewährt. Im Nasopharynx, ferner in den oberen Partien der Nase läßt sich das Mittel unbeschadet seiner Wirkung durch den Spray anwenden. Außerdem hat das Mittel keinerlei reizende Nachwirkung. Die Wundheilung wird in keiner Weise gestört, im Gegenteil, die reaktive Schwellung ist wesentlich geringer oder bleibt ganz aus. (D. m. W. 1914 Nr. 31.)

Schmerzstillende Wirkung des Pyramidons. Von Dr. med. Althausen, Köln-Deutz. Bei einem schweren Falle von knotigem Hautkrebs des Gesichts bei einer 50jährigen Frau, der im Zerfallstadium mit äußerst heftigen und hartnäckigen Schmerzen und dadurch auch mit Agrypnie verbunden war, leistete Pyramidon (Höchst) ganz hervorragende Dienste. Allerlei schmerzstillende Mittel und Narkotika (auch Morphinum in starken Dosen) versagten. Pyramidon wirkte regelmäßig prompt. Die Schmerzen verschwanden bald, und wohltuender Schlaf trat ein. Dabei keine unangenehmen Nebenwirkungen von seiten des Herzens oder irgendwelcher sonstigen wichtigen Organe. Auch keine kumulative Wirkung, kein Versagen, keine Gewöhnung, kein Widerwillen (im Gegenteil, Patientin gewann das Medikament geradezu lieb). Dosis 0,3 hat bis jetzt (ca. 2 Monate lang) noch immer genügt, also verhältnismäßig geringe Dosis. (M. Kl. 1914 Nr. 38.)

Behandlung chirurgischer Tuberkulosen mit dem Heilmittel F. F. Friedmanns. Von F. Karewski. An 54 Kranken mit chirurgischer Tuberkulose wurde das Mittel Friedmanns in der Zeit von Mitte November 1913 bis Mitte Mai 1914 erprobt. Jedes andere Heilverfahren außer eventuell fixierenden Verbänden wurde hierbei ausgeschlossen. Es wurden prognostisch günstige Fälle bevorzugt. Die Indikationen Friedmanns wurden eingehalten, die Diagnose mit allen Kautelen gesichert. Es resultierte, daß keine bleibenden Vorteile durch die Behandlung, aber oft unangenehme Folgezustände auftraten: Schüttelfrost, tagelang anhaltendes Fieber, Erbrechen, Delirien, Gewichtsabnahmen. In einem Falle trat eine Pyämie auf. Die Anwendung des Mittels ist somit

gefährlich. Seine Anwendung wäre allenfalls gerechtfertigt, wenn es vorteilhafte Ergebnisse zeitigen würde. K a r e w s k i hat bis auf einen einzigen Fall von geschlossener Handtuberkulose keine offenkundige Besserung gesehen. Das Endresultat war gleich Null. K a r e w s k i beobachtete zwei schwere Benachteiligungen bei einem Falle von nicht eitrigem Hydrops des Ellbogengelenks und bei einem Falle von seit Jahren reizlos gewordenem Kniegelenk. Mit aller Entschiedenheit bestreitet K a r e w s k i, daß chirurgische Tuberkulose durch das Mittel F r i e d m a n n s geheilt wird, außer in Fällen, die auch sonst gelegentlich spontan genesen. Es treten auch Rezidive auf. Gegen die immunisierende Kraft des Mittels spricht das Auftreten von Lupus in einem Fall während der Injektionsperiode. Ein roborierender Einfluß war nicht festzustellen. Das Körpergewicht hielt sich meist auf gleicher Höhe. Aus den Infiltraten, deren Entstehung nicht auf mangelhafte Technik zurückzuführen ist, ließen sich Staphylo- bzw. Streptokokken züchten. Die Infiltrate haben mit Heilungsvorgängen nichts zu tun. Sie haben nichts Gesetzmäßiges an sich. K a r e w s k i kommt zu dem Ergebnis, daß das neue Heilmittel für die chirurgische Tuberkulose keine Bereicherung der Therapie bedeutet. Es darf keinesfalls als Ersatz für andere bewährtere Methoden gebraucht werden.

(Berl. med. Ges. 13. V. 14.)

b) Innere Krankheiten.

Antisklerosin in der Praxis. Von Primararzt Dr. F. Ehr l (Krankenhaus der Elisabethinen Linz). Verf. führt 2 Fälle vor, wo monatelange Darreichung des Mittels (3 mal tägl. 2 Tabletten) recht günstig auf das Leiden eingewirkt und der Pat. genützt hatte. Aber auch in allen anderen Fällen von Arteriosklerose hatte es sich, ganz ohne Rücksicht auf das Alter des Patienten, als segensreich erwiesen. Wenn es auch die Krankheit als solche nicht endgültig aus der Welt zu schaffen vermochte, so hat doch das Antisklerosin die so mannigfaltigen und so quälenden Beschwerden des Sklerotikers wesentlich gemildert und den Patienten dadurch anfalls- und beschwerdefreie Intervalle verschafft, die lange genug währten, um den schon gesunkenen Lebensmut der Leidenden wieder aufzurichten. Es mag daher das Antisklerosin als eine Bereicherung des Arzneischatzes gelten, das bis zur Aufindung eines radikal wirkenden Heilmittels seinen Platz mit Ehren behaupten wird.

(W. kl. Wschr. 1914 Nr. 20.)

Erfahrungen aus der letzten Dysenterieepidemie. Von Prof. Dr. Gustav Singer (Wien). Mit Heilserum wurden 30 Fälle behandelt. Der auffällige Effekt bestand in der Wirkung auf das

Allgemeinbefinden, Sistieren der Blutungen, Fäkulentwerden der Stühle. Die Stuhlfrequenz wird meist nicht beeinflußt. Wie sich Verf. in einer Reihe von Fällen überzeugen konnte, übt das Serum auf die lokalen Geschwürsveränderungen keinen spezifischen Einfluß aus. In einer ganzen Reihe von Fällen, in welchen die Heilserumtherapie versagte und welche sonst auch schwer toxisch verliefen, hat Verf. mit intravenösen hypertonen Kochsalzinjektionen sehr gute Erfolge und Heilung erzielt: Nachlaß der Stühle, Schwinden aller toxischen Symptome. Die Methodik wird folgendermaßen geübt: Man beginne mit schwach konzentrierten Lösungen, und zwar 1,8‰, und steige allmählich bis 25‰. Gesamtquantität der injizierten Flüssigkeit 50 ccm. Die Bereitung der Lösung muß immer frisch vorgenommen, die entsprechende Menge Kochsalz abgewogen und mit frisch destilliertem Wasser (im Salvarsanapparat) gemengt werden. Hierauf wird mit eigens abgebogenen Nadeln die Kubitalvene angestochen und die Lösung vorsichtig eingespritzt. Aeüßerste Vorsicht und Uebung in der intravenösen Technik ist deshalb notwendig, weil die Gefahr einer Nekrose besteht, wenn Flüssigkeit außerhalb der Vene gerät.

(M. m. W. 1915 Nr. 6.)

Anwendung von Kalkwässern bei Darmkatarrhen. Von Prof. Dr. J. Boas (Berlin.) Verf. ist einer der ersten gewesen, welcher Kalkpräparate bei chronischen Darmkatarrhen systematisch angewendet hat. Er gebrauche sie seit mehr als 20 Jahren in seiner Praxis, und zwar bei allen Formen chronischer Diarrhöen — gleichgültig, ob es sich um Dünn- oder Dickdarmkatarrhe handelt — und kann sagen, daß dieses einfache Mittel alle die zahlreichen organischen Tannin- und Wismutverbindungen an Wirksamkeit ganz erheblich übertreffe. Es bedarf wohl keines besonderen Hinweises, daß hierbei tuberkulöse Darmkatarrhe ausgenommen sind, die nach Verfs. Erfahrung allen bisher bekannten Medikationen trotzen. Als Kalkpräparate verwendet Verf. eine Kombination von Calcium phosphoricum und Calcium carbonicum, messerspitzen- oder teelöffelweise 3 mal täglich. In schwereren Fällen fügt er noch einige Gramm Orphol (Wismut β -naphtol) hinzu, doch ist offenbar, wie zahlreiche vergleichende Beobachtungen gelehrt haben, die günstige Wirkung vorwiegend auf die Kalktherapie zu beziehen. Wahrscheinlich beruht diese Wirkung darauf, daß die verschiedenen Fettsäuren des Darmkanals, welche die Peristaltik anregen und beschleunigen, neutralisiert und gebunden werden. Es ist nun höchst auffallend, daß die zahlreichen natürlichen Kalkwässer, die wir in Deutschland besitzen, bisher für die Behandlung chronischer Darmkatarrhe so gut wie keine Verwendung gefunden haben.

Verf. Erfahrungen beziehen sich hauptsächlich auf die Lipp-spinger Arminiusquelle, die Wildunger Helenenquelle und die Marien-bader Rudolfsquelle; namentlich erstere hat sich ihm gut bewährt. Methodische Anwendung als Tafelwässer sind sehr angebracht. Die Anwendung der erdig-alkalischen Wässer kann in leichteren Fällen von chronischen Diarrhöen so erfolgen, daß man sie als durststillende Mittel, event. in Verbindung mit Rot- oder Heidelbeer-wein oder Abkochungen von Heidelbeeren unter Tages, speziell zur Mittags- oder Abendmahlzeit trinken läßt. In schwereren, chronischen Fällen hat Verf. die genannten Mineralwässer in der Weise verwendet, daß er sie kurgemäß morgens und nachmittags wasserglasweise, bis auf 50° C erwärmt, trinken ließ. Daneben steht nichts im Wege, sie in der oben erwähnten Weise als Tafel-wässer zu verwenden. Vielfach hat Verf. auch die Wirkung der Kalkwässer dadurch verstärkt, daß er ihnen tee- oder eßlöffel-weise Aq. Calcis purissim. oder das besser schmeckende Chlor-kalzium in einer Dosis von 1 Messerspitze bis zu 1 Teelöffel hinzu-setzte. Ohne auf kasuistische Einzelheiten einzugehen, kann Verf. zusammenfassend betonen, daß die natürlichen erdigen Kalkwässer bei den einfachen chronischen Darmkatarrhen nicht nur gut ver-tragen werden, sondern daß sie auf die Zahl und Konsistenz der Stuhlgänge einen nachweisbar günstigen Einfluß haben. In chro-nischen Fällen hält Verf. es für bedeutungsvoll, die erdigen Quellen als Tafelwässer auch nach Beendigung der eigentlichen Kur wochen-oder monatelang weiterbrauchen zu lassen. Unter dem Einfluß dieser kurgemäß angewendeten Quellen hat er oft die Beobachtung gemacht, daß man mit der Diät schneller als sonst avancieren kann. Von den zahlreichen erdigen Säuerlingen, die uns — nament-lich in Deutschland — zur Verfügung stehen, kommen zunächst die rein erdigen, sodann auch die erdigen Eisensäuerlinge in Be-tracht. Was die anderen betrifft, so besitzen wir eine große Aus-wahl, selbst wenn wir nur diejenigen in Betracht ziehen, die im Liter mindestens 1 g Kalziumkarbonat enthalten. An der Spitze stehen die erdigen Quellen von Göppingen (Christofsquelle, Haupt-quelle, Ludwigsbrunnen, Bismarckquelle, Taunusbrunnen) mit einem Kalkgehalt von 1,621—2,430‰. Ihnen reihen sich mit einem immer noch beträchtlichen Kalkgehalte von 1—1,5‰ an die Quellen von Altreichenau (St. Ana-Kurquelle), die Quellen von Biskirchen (Gertrudisquelle und Karlssprudel), Imnau (Fürstenquelle), Malmedy (Inselquelle), Niedernau (Bergquelle, Rasenquelle, Römerquelle), Echzell (Römerbrunnen), Schwalheim (Löwenquelle), Selters b. Weil-burg (Mineralbrunnen und Augusta-Viktoria-Sprudel), Teinach (Hirsch-quelle, Bachquelle), Ueberkingen, Wildungen (Helenenquelle, Königs-quelle) u. v. a. Von den kalkhaltigen Eisenquellen mit relativ

hohem Kalkgehalt sind zu erwähnen die Quellen von Driburg (Hauptquelle und die drei Wiesenquellen), die von Prymont, von Reinerz, von Schwalbach u. a. (Zschr. f. Baln. 1914 Nr. 3.)

Die Therapie des Morbus Basedowi mit hohen Chinindosen. Von R. Gautier. In zahlreichen Fällen sah Autor einen Erfolg bei der Behandlung von Basedowerkrankungen durch fortgesetzte hohe Chiningaben. Je nach der Schwere des Falles wird 1—2—3 g Chinin täglich dargereicht und die Behandlung 15—20 Tage im Monat mehrere Monate lang durchgeführt.

(La presse méd. 1914 S. 267. — Therap. Mh. 1914 Nr. 7.)

Beiträge zur Behandlung der Zuckerkrankheit. Von Geh. San.-Rat Dr. E. Pfeiffer (Wiesbaden). Diabetes kann durch eine Badekur in Wiesbaden ohne jede weitere therapeutische Maßnahme zum Verschwinden gebracht werden. — Wenn bei Diabetes heftige Schmerzen in der Magengegend bestehen, die wohl stets auf das Pankreas zu beziehen sind, so verschwinden diese Schmerzen nach 3 Tabletten Pankreon, während mehrerer Tage dargereicht. Auf die Zuckerausscheidung hatte Pankreon keinen Einfluß. — Bei starken Rauchern wird, wenn sie das Rauchen unterlassen, durch diätetische Maßregeln in überraschend kurzer Zeit starke Verminderung des Zuckers erzielt. Jedenfalls ist Tabakrauchen eine Veranlassung zu größerem Gehalte des Urins an Traubenzucker. (M. m. W. 1914 Nr. 21.)

Behandlung der chronischen Gicht mit Acitrinum compositum. Von San.-R. Dr. Lampé (Frankfurt a. M.) Das Präparat, eine Kombination von Acitrin (0,5) und Colchicin (0,0003) hat sich bei 30 Fällen gut bewährt. Nicht nur deutliche steigernde Wirkung der Harnsäureausscheidung, sondern auch in hohem Grade analgesierende. Manchmal danach Uebelheit und Erbrechen, im ganzen aber gut vertragen. (B. kl. W. 1914 Nr. 20.)

Ueber Mundpflege. Von Dr. F. Franke (Frankfurt a. M.) Versuche mit einem neuen Mittel, das unter dem Namen „Ortizon-Mundwasserkugeln“ in den Handel gebracht wird. Das Ergebnis dieser Versuche war ein so ausgezeichnetes, daß das neue Präparat mit gutem Gewissen als das beste, zurzeit bekannte Mundpflegemittel empfohlen werden kann. Die Vorteile der Ortizon-Mundwasserkugeln sind folgende: 1. sie besitzen einen Gehalt von ca. 30% H_2O_2 ; 2. sie stellen als feste H_2O_2 -Verbindung die denkbar handlichste Form dar, sind sauber, sparsam und leicht transportabel; 3. sie haben einen angenehmen erfrischenden Geschmack;

4. sie sind dauernd haltbar, ohne in ihrem Gehalt an H_2O_2 zurückzugehen; 5. sie sind als säurefreies Präparat völlig unschädlich für Mund und Zähne. In lauem Wasser lösen sich die Ortizon-Mundwasserkugeln fast sofort auf. Bürstet man mit dieser Lösung die Zähne tüchtig ab und spült damit etwa dreimal hintereinander den Mund gut aus, so läßt sich in etwa 5 Minuten eine durchaus erfolgreiche Munddesinfektion durchführen. Das Auftreten energischer Schaumbildung und der charakteristisch frische Geschmack im Mund können als bester Beweis für die Wirksamkeit des Mundwassers gelten. Auch der langanhaltende üble Geschmack und Geruch nach Bier- bzw. Tabaksgenuß verschwindet fast sofort. Verf. hat bei Erkrankungen der Mundschleimhaut, wie Aphthen, Soor und Zahnfleischentzündungen mit Ortizonlösung immer gute Resultate erzielt. Ferner leisteten bei Hals- und Mandelentzündungen Gurgelungen mit Ortizon gute Dienste, auch ist die Verwendung des letzteren namentlich in der Kinderpraxis zu empfehlen wegen seiner völligen Ungiftigkeit. Verschlucken der Lösung kann niemals gefährlich werden. (Allg. m. Zztg. 1914 Nr. 22.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Die Behandlung und Bedeutung der Geschlechtskrankheiten im Felde. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. Lenzmann. Die Syphilis muß sehr ernst genommen werden, muß frühzeitig und gründlich behandelt werden. Sobald die Diagnose feststeht, nicht erst, wenn Sekundärerscheinungen sich zeigen, hat die Behandlung zu beginnen, zu deren gründlicher Durchführung die Ueberführung in ein Kriegslazarett hinter der Front unbedingt notwendig ist. Verf. verwendet nur Neosalvarsan. Es ist auf Grund seiner Erfahrung ebenso wirksam wie Salvarsan, die Art seiner Anwendung ist aber sehr viel einfacher als die Art der Salvarsananwendung. Die Dosis I wird in etwa 5 ccm steriler 0,8%iger Kochsalzlösung aufgelöst; diese Lösung wird in eine Kubitalvene mit einer etwa 5 ccm fassenden Liebergschen Glasspritze injiziert. Dosis II und III erfordern 10 bzw. 15 ccm Kochsalzlösung. Verf. beginnt immer mit Dosis I Neosalvarsan. Schon nach dieser geringen Dosis können Patienten Fieber zeigen (bis 38,5—39 in recto). Verf. betrachtet einen Patienten, der nach dieser kleinen Anfangsdosis — es handelt sich nicht um Toxinfieber — fiebert, als unsicher und hütet sich, ohne weiteres die Dosis zu steigern. Wenn sich aber nach der anfänglichen kleinen Dosis kein Fieber zeigt, wenn der Patient diese Dosis ohne Beschwerden verträgt, dann gibt er am 3. Tage Dosis II — also 0,3 Neosalvarsan —, am 6. Tage bekommt der Patient Dosis III, am 9. Tage wieder Dosis III. Er hat also in 9 Tagen 1,35 Neosalvarsan = 0,9 Salvarsan bekommen. Es ist

nichts dagegen einzuwenden, am 12. Tage noch einmal Dosis III zu geben, also in 12 Tagen 1,2 Salvarsan, meistens kommt man aber mit 0,9 in 9 Tagen aus. Nach der Salvarsankur gibt Verf. ein unlösliches Quecksilberpräparat. Er bevorzugt das Hydrargyrum salicyl. in 10% iger Aufschwemmung in Paraffinum liquidum. Ist der Urin frei von Eiweiß, dann beginnt Verf. die Quecksilberkur 2 Tage nach beendeter Salvarsankur, also gewöhnlich am 11. Tage. Der Patient bekommt unter Beobachtung aller bekannten technischen Kautelen 0,1 Hydrargyrum salicyl. intramuskulär, also 1 ccm der Paraffinaufschwemmung. Am 15. Tage bekommt er die zweite Dosis, am 19. Tage die dritte, am 23. die vierte und am 27. die fünfte. Falls der Urin frei von Eiweiß ist, gibt Verf. am 30. Tage als Abschluß der Kur noch 0,45 Neosalvarsan intravenös. War im Anfange der Kur die WaR. noch nicht positiv, dann ist sie ganz gewiß negativ geblieben. Ob dieses Resultat eine dauernde Heilung bedeutet, läßt sich selbstverständlich nicht ohne weiteres entscheiden. Den Patienten aber nun noch länger zu beobachten und ihn zu diesem Zwecke noch monatelang im Lazarett zu behalten, das hält Verf. nicht für angängig. Er entläßt den Patienten, der einen Monat in Behandlung war, zum Dienst mit der Weisung, daß er sich seinem Truppenarzte in zweiwöchigen Zwischenräumen vorzustellen hat. Zeigen sich die Erscheinungen eines Rezidives, dann wird nichts anderes übrig bleiben, als den Patienten von neuem ins Lazarett aufzunehmen. Aber auch ohne daß sich ein Rezidiv zeigt, ist es ratsam, dem Patienten nach 3 Monaten noch einmal in einem Zeitraum von 6 bzw. 9 Tagen 0,6—0,9 Salvarsan zu geben. Zu diesem Zwecke bedarf es der Aufnahme ins Lazarett nicht. Daß der Patient das Salvarsan gut verträgt, geht ja schon aus der früheren Behandlung hervor. In einem solchen Falle kann sehr wohl die Kur von einem geübten Kollegen ambulant ausgeführt werden. Verf. hat Tausende von Neosalvarsaninjektionen ohne jede Störung ambulant ausgeführt. War bei dem Anfang der Behandlung die WaR. bereits positiv, handelte es sich also nicht mehr um einen ganz frischen Fall, dann wird zu entscheiden sein, ob am Schlusse der Kur die WaR. negativ geworden ist. Das wird ganz gewiß bei weitem nicht immer zutreffen. Ein solcher Patient soll nach der Quecksilberkur noch einmal 0,9 Neosalvarsan in drei Injektionen bekommen. Zeigt er klinische Zeichen der Lues nicht mehr, dann muß er trotz der event. noch bestehenden positiven WaR. zur Truppe entlassen werden. Erfahrungsgemäß bedarf es einer längeren Pause, bis eine erneute Kur die gewünschte Wirkung zeigt. Der positiv reagierende Patient muß nach etwa 3 Monaten in einem Lazarett einer erneuten Kur unterzogen werden, ob er floride Symptome der Lues zeigt oder nicht. Es ist also unbedingt

notwendig, dem zuständigen Truppenarzt eine kurze Notiz über jeden behandelten Luiker mitzugeben, damit er weiß, wie er ihn zu beurteilen hat. Der Patient ist auch von seinem Truppenarzte darüber zu belehren, daß er nach Beendigung des Krieges unbedingt — ob er Beschwerden verspürt oder nicht — einen sachverständigen Arzt konsultieren und die WaR. anstellen lassen muß. Eine gewisse Schwierigkeit bietet die Anstellung der WaR. In Friedenszeit stehen event. zur Genüge serologische Institute zur Verfügung, die die Reaktion anzustellen in der Lage sind. Im Kriege macht die Inanspruchnahme derartiger Institute Schwierigkeiten. Verf. hat sich nunmehr seit etwa 4 Jahren des von Merck hergestellten v. D u n g e r n s c h e n Syphilisdiagnostikums bedient und ist mit den erzielten Resultaten sehr zufrieden. Wenn es in frischem Zustande und von geübter Hand angewandt wird, dann ist es genügend sicher. — Nun zur Gonorrhoe. Verf. läßt jeden Gonorrhoeiker Bettruhe bewahren. Injiziert wird 4 mal täglich unter sanftem Druck und in geringer Menge Protargollösung (0,25—0,5:100). Innerlich Balsamica: Ol. Santali, Santal, Santyl usw. Strenge blande Diät. Verbot jeglicher Alkoholika. Nach Zurückgehen der eitrigen Sekretion Spülungen mit schwachen Lösungen von Kali hypermanganicum (1:2000) unter geringem Druck. Später event. Injektionen von: Zinci sulfur., Plumbi acet. ää 1,5:200. Unter dieser Behandlung werden 90% der eingelieferten Gonorrhoeiker nach 4—5 Wochen entlassen werden können. Von der Vakzinetherapie hat Verf. im akuten Stadium keine Erfolge gesehen. Bei chronischer Gonorrhoe und bei Komplikationen hat sie gute Dienste geleistet. Verf. hat das Arthigon intravenös angewandt. — Die Behandlung des Ulcus molle gestaltet sich relativ einfach. Das souveränste Mittel, das sofort angewandt werden sollte, ist die Aetzung des Geschwürsgrundes mit Acid. carbol. liquefact., die man mit einem Glasstab andrückt. Peinlichste Sauberkeit durch öftere Waschungen mit 3% iger essigsaurer Tonerde. Dann Trockenbehandlung des Geschwürs. Jodol, Aristol, später Dermatol. Bildet sich ein vereiternder Bubo aus, dann nur nicht säumen mit der Inzision. Bei vernachlässigter Vereiterung der tiefliegenden Lymphdrüsen hat Verf. die unangenehmsten Wundverhältnisse beobachtet. Abstoßung von Faszienteilen, unterminierte Wundränder, schlaffe Granulationsbildung, die eine unverhältnismäßig lange Heilungsdauer beansprucht. Diese Unannehmlichkeiten lassen sich vermeiden durch einen möglichst frühzeitigen entspannenden Einschnitt.

(M. m. W. 1915 Nr. 7.)

Behandlung der Frostbeulen. V a n s e l o w, Oberapotheker, empfiehlt folgende Komposition zur Einpinselung:

Rp. Ichthyol 1,0 (oder 2,0)
 Collod. 20,0
 Ol. Ricin. 1,0
 Bals. peruv. 2,0
 (vent. auch Tinct. Jodi 2,0).
 (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 2.)

Zur Prophylaxe und Therapie der Erfrierungen. Von Priv.-Doz. Dr. Ernst Přibram. (Aus dem k. k. serotherapeutischen Institut in Wien. Der Soldat (Tourist) legt vor dem Abmarsche einen einseitig mit heißem Leim bestrichenen Lappen um seinen Fuß, besonders sorgfältig über die Zehen, und behält diesen Schutzverband so lange, als er Gefahr läuft, sich der Kälte aussetzen zu müssen, oder bis er Gelegenheit hat, den Verband zu erneuern. Der Schutz gegen Frost ist vorzüglich. Selbst Leute, die zu Frostbeulen neigen, spüren mäßige Kälte gar nicht, strenge Kälte viel weniger als ohne Verband. Kommt es trotz des Verbandes zur Erfrierung, so wird der Verband nicht abgenommen, sondern der Fuß im Verbande vorsichtig massiert und ganz langsam zum Auftauen gebracht. Der Verband hat nicht eher entfernt zu werden, als bis ein neuer Leimverband angelegt werden kann. Die Entfernung des Verbandes geschieht im warmen Wasser (ca. 40°). Der Verbandwechsel kann auch mehrere Tage nach der Erfrierung vorgenommen werden. Eine ohne Verband erfrorene Extremität (auch Hände) wird mit einem Leimverband behandelt, der tagelang liegen bleiben kann. Der Leimverband hat noch den weiteren Vorteil, daß nasse Stiefel (bei kaltem Tauwetter) ausgezogen und gewechselt werden können, ohne daß durch Anschwellen des erfrorenen Fußes das Wiederanziehen unmöglich gemacht würde. —

Da sich bei der praktischen Anwendung des Leims zum Schutze vor Erfrierungen der Füße als Uebelstand der Umstand herausstellte, daß der Leimlappen mit der Zeit hart wurde, empfiehlt sich ein Zusatz von Glycerin:

Glycerin 500
 Aqua fontis 350
 Leim 150

Bei der Bereitung bringt man zweckmäßig zuerst das Wasser in einem 2 bis 3 l fassenden Gefäße zum Sieden, setzt unter weiterem Kochen Glycerin zu und fügt nun den Leim in kleinen Stücken unter immerwährendem Rühren hinzu. (Heftiges Schäumen.) Man kann die Lösung des Leims beschleunigen, wenn man von Zeit zu Zeit die gequollenen, klebrigen Leimklumpen aus der heißen Glycerinlösung mit Hilfe eines Glas- oder Holzstabes rasch in ein Gefäß mit kaltem Wasser bringt und dann wieder zurück in die

heiße Glyzerinlösung, wo sie sich jetzt leichter verrühren lassen. Die so hergestellte Leimglyzerinsalbe kann entweder sofort verwendet werden, oder man läßt sie erstarren und bringt sie vor Gebrauch im heißen Wasserbade wieder zur Lösung. Ein mit der Salbe bestrichener Lappen bleibt dauernd weich und schmiegsam. (W. kl. W. 1914 Nr. 52 u. 1915 Nr. 2.)

Ueber Pellidol und Azodolen bei der Behandlung der Ulcera eruris. Von Dr. Franz Fischer in Düsseldorf. Es ergeben sich nach den reichlichen Versuchen folgende Indikationen für die Präparate:

1. Pellidol wirkt am schnellsten bei den oberflächlichen Ulzerationen, ist eine außerordentliche Bereicherung unseres Medizinschatzes bei der Behandlung der empfindlichen und schmerzhaften Geschwüre und ist daher bei gleicher Wirkung der Scharlachrotsalbe vorzuziehen. In Verbindung mit Kokain, Anästhesin oder Zykloform verwende man es bei den schmerzhaftesten Geschwüren unterhalb der Malleolen. Bei Geschwüren zweiten Grades wirkt es nur, wenn schon Granulationsbildung vorhanden ist. Die Applikationsweise ist am besten in Salbenform, je nach Wunsch, in 2—5 % iger Konzentration.

2. Azodolen gebrauche man nur bei nicht schmerzenden Geschwüren, falls Desinfektion nötig ist, oder als Adstringens, um Granulationen zu ziehen, bei Ulcera zweiten Grades am besten in Pulverform mit Pflasterverband, da unter dem Pflaster die Sekretstauung die Ränder mazeriert und mit den Granulationen in gleiche Höhe bringt. Die Verbände dürfen nicht länger als 4 Tage liegen bleiben. (Derm. Zbl. Mai 1914.)

Zur Salvarsanbehandlung des Milzbrandkarbunkels. Von Dr. L. Buberl (Wien). Ein auf der Stirn sitzender Karbunkel bei einer 22jährigen Dame erwies sich als Milzbrand. Intravenöse Injektion von 0,6 Salvarsan. Rasch augenfälliger Umschwung im Befinden der Patientin und Heilung. Den raschen Effekt schreibt Verf. der frühzeitigen Anwendung und der richtigen Dosierung des Salvarsans zu. — Interessant war der Fall auch ätiologisch. Beschäftigung mit infektiösem Material kommt überhaupt nicht in Betracht. Eine Uebertragung durch Fliegen ist mit Rücksicht auf die Jahreszeit, zudem da der März des Jahres außerordentlich kalt war, sicher ausgeschlossen. In der Vorwoche vor ihrer Erkrankung besuchte die Patientin ein mit einem Pelzwarenhaus räumlich verbundenes Modistengeschäft, um dort Modelle von Frühjahrshüten zu probieren. Vielleicht, daß eine hierbei, d. h. beim In-die-Stirn-Drücken der Hutformen entstandene Läsion der Oberhaut die Ein-

gangspforte bildete für die Infektion, die erfahrungsgemäß oft von Tierfellen, wie sie in einem Rauchwarenlager gestapelt und verarbeitet werden, ihren Ausgang nimmt. Die Untersuchungen des Stadtphysikates nach dieser Richtung hatten wohl kein positives Ergebnis. Dennoch möchte B. die Möglichkeit einer Uebertragung auf diesem Wege nicht von der Hand weisen.

(M. m. W. 1914 Nr. 24.)

Behandlung von Pruritus ani. Von J. Cropper (Chepstow). C. macht auf zwei einfache Mittel aufmerksam, die ihm gute Dienste geleistet haben: 1. Tct. jodi, in halber oder voller Stärke, 3 mal wöchentlich angewandt. C. erwähnt einen Fall mit zahlreichen Hautschunden, waschlederner Beschaffenheit der Haut, öfteren perianalen Abszessen und Schlaflosigkeit, dem diese Behandlung Ruhe und Schlaf brachte. 2. Noch besser wirkte Tct. benzoica comps., 2—3 mal täglich appliziert, reizt nie; am angenehmsten in Form des Friarbalsams vor einem warmen Bade.

(The Brit. Med. Journ. Mai 1914. — M. Kl. 1914 Nr. 23.)

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Behandlung der Dysmenorrhoe mit Jodtropon. Von Dr. Lévy-Dupan. Seit etwa zwei Jahren verwendet Verf. bei der Behandlung der funktionellen Dysmenorrhoe mit Vorliebe Jodtropon und erzielte damit in 70 bis 80% der Fälle guten Erfolg. Die Versager sind durch die Natur des Leidens bedingt, lassen sich aber durch präzise Indikationsstellung fast vermeiden. Für gewöhnlich läßt Verf. kurz vor dem Eintritt der Menses mit dem Einnehmen des Jodtropon beginnen und verordnet dreimal täglich ein bis zwei Tabletten, womit bis gegen Ende der Periode fortzufahren ist. Die Resultate haben Verf. so befriedigt, daß er Jodtropon als zuverlässig wirkendes Mittel zur Bekämpfung der Beschwerden der essentiellen Dysmenorrhoe warm empfehlen kann. Die Mehrzahl der Kranken wurde von ihren Beschwerden völlig befreit; das war vornehmlich bei jungen Mädchen der Fall. Verf. war mehrfach in der Lage, drei bis vier aufeinander folgende Menses zu beobachten.

(Schweiz. Corr. Bl. 1914 Nr. 49.)

Zur Behandlung der Amenorrhoe mit Hypophysenextrakten. Von Dr. Erich Kosminski (Aus Dr. Abels Privat-Frauenklinik in Berlin). Es wurden behandelt: 7 Fälle von angeborenem Infantilisimus (Hypoplasie, Spätentwicklung), 3 Fälle von Subinvolutio uteri (Dysplasie e lactatione), 3 Fälle von Adipositas, 3 Fälle mit präklimakterischer Amenorrhoe, 5 Fälle von nervösen Beschwerden (Neurasthenie, Hystero-Epilepsie) und 5 Oligomenorrhoeische (Er-

kältung, Adnexerkrankungen usw.). Bei all diesen differenten Aetiologien trat nach wenigen Injektionen prompt Blutung auf. Bisweilen stellten sich als unangenehme Begleitsymptome Schwindel und Ohrensausen ein, die aber bald schwanden. Das Allgemeinbefinden hob sich fast immer, was zuweilen von den Patientinnen spontan betont wurde. In einem Falle von Infantilismus war die Blutung nach 10 Spritzen so stark, daß ein Secaleinfus verordnet werden mußte. Die Injektionen wurden im allgemeinen einen Tag um den andern verabfolgt. Es empfiehlt sich, wenn eine Injektionsreihe Blutungen hervorgerufen hat, bis zum nächsten Menstruationstermin zu warten und kurz vor diesem zwei bis drei Spritzen zu verabreichen. Oft genügen diese, um die verzögerte Periode wieder in Gang zu bringen. Bei den Fällen, in denen durch Erkältung, nervöse Einflüsse usw., die Periode nicht pünktlich eintritt, kann man mitunter mit einer einzigen Spritze Heilung herbeiführen. Denn bisweilen bleibt bekanntlich (vielleicht infolge psychischer Einflüsse) die Periode mehrmals aus, die bei einer Injektion nach der ersten Cessatio schon ihren normalen Verlaufstypus eingehalten hätte. In 2 Fällen sah Verf. bei bisheriger Amenorrhoe vikariierendes Nasenbluten auftreten. Bei den präklimakterischen Fällen leistete die gleichzeitig erfolgende Verabreichung von Ovaraden-triferrin gute Dienste. Zusammenfassend kann Verf. diese Behandlung der Amenorrhoe in allen ätiologisch nicht klaren Fällen als sehr erfolgreich und bei Mißerfolgen als absolut unschädlich dringend empfehlen. Aufgabe weiterer genauer Beobachtung wird es sein, die geeigneten Fälle herauszufinden, jedenfalls kann man als ziemlich sicher annehmen, daß eine große Zahl von Amenorrhöen auf eine Hypofunktion des Hirnanhanges zurückzuführen ist und daß die Fälle, die nicht auf Hypophysenmedikation reagieren, ätiologisch anders bewertet werden müssen.

(D. m. W. 1914 Nr. 33.)

Uteramin-Zyma hat Dr. V. Mandler (Kaiser-Franz-Josef-Ambulatorium in Wien) in der gynäkologischen Praxis mit Erfolg angewandt. Als Stypticum bewährte es sich bei den Menorrhagien und Metrorrhagien (Endometritis post abortum, Metropathien, Retroversioflexio uteri, Adnextumoren, Subinvolutio uteri, nach Curettament wegen Abortus usw.).

(B. kl. W. 1914 Nr. 43.)

Subkutane Applikation von peristaltikbefördernden Mitteln in der Nachbehandlung nach gynäkologischen Laparotomien. Von Dr. Kurt Frankenstein (Aus der Frauenabteilung des Neuen Krankenhauses Cöln-Kalk). Es ist Verf. gelungen, nach 172 wahllos zusammengestellten Laparotomien mit der prinzipiellen subkutanen

Injektion von Peristaltin unmittelbar nach der Operation die postoperative Darmparese zu vermeiden. Abgesehen von der Brauchbarkeit des Peristaltins verdankt Verf. diesen Erfolg der frühen Verabreichung des Mittels; dadurch sind auch die abweichenden Resultate anderer Autoren erklärt, die das Mittel erst zur Anwendung brachten, wenn sich die Blähungsbeschwerden schon eingestellt hatten. Nach Verf.'s Erfahrung ist das Peristaltin nicht sowohl zur Beseitigung der postoperativen Darmparese als vielmehr zu deren völliger Vermeidung anzuwenden.

(D. m. W. 1914 Nr. 51.)

Der Ausfluß der Frau und seine Behandlung mit Yatren-gaze. Von Dr. med. Georg Katz, Frauenarzt in Friedenau-Berlin. In Kombination mit der Spülbehandlung wirkt das Yatren in Form der 10 bis 20%igen Yatrengaze heilend (außer bei akuter Gonorrhöe) auf alle mit Ausfluß einhergehenden entzündlichen Prozesse der weiblichen Genitalien.

(M. Kl. 1914 Nr. 43.)

Zur vaginalen Tanargentan-Bolus-Trockenbehandlung. Von Georg Hirsch (München). Sehr häufige Ursache des Ausflusses ist Ektropium nach geburtshilflichen Eingriffen infolge eines Cervixrisses. Jeder kleinste Cervixriß ist zu nähen. Scheidenspülungen mit antiseptischen Lösungen kann man nur eine mechanisch wirkende Reinigung zusprechen. Die Wirkung der Bolus-alba-Behandlung besteht in der hygroskopischen Eigenschaft der Bolus alba, der durch ihre große Gesamtoberfläche bedingten starken Absorptionsfähigkeit. Der Nachteil besteht darin, daß Rezidive auftreten, weil wegen der anatomischen Verhältnisse genügend Buchten mit latenten Keimen vorhanden sind. Aus dem Grunde verbindet man Bolus alba mit einem Desinfiziens. Als solches verwendet der Verf. ein Tannin-Silberpräparat, das Tanargentum. Seine Erfahrungen mit Tanargentan-Bolus erstrecken sich über einen Zeitraum von 3 $\frac{1}{2}$ Jahren. Seit etwa 1 Jahre benutzt er bei Fluor ausschließlich Tanargentan-Bolus. An Präparaten sind erhältlich: Tanargentan-Bolus 10:100 und 20:100, daneben Tanargentanvaginalkugeln; Cervixtanargentanstäbchen und gewöhnliche Tanargentanstäbchen. Nachteiliges ist bei Verwendung des Silberpräparates nicht bekannt. Metallvergiftungssymptome haben sich nicht gezeigt, es erfolgt eine sehr langsame Resorption; eine Argyrie tritt, wenn überhaupt, sehr spät auf (einmal nach Applikation von 30 g). Vor einem Schema in der Behandlung ist zu warnen. Wie lange das Pulver liegen bleibt, entscheiden die subjektiven Angaben der Pat. Bemerkt sie wieder den Ausfluß, dann wird eine Spülung gemacht mit Kamillenaufguß oder schwacher Alaunlösung.

Darauf wird das Einblasen des Pulvers wiederholt. Die Spülung ist zu unterlassen, wo es sich um Masturbationsfluor, auf den das Pulver besonders günstig einwirkt, handelt. Bei primären Vaginalerkrankungen, Epithelverletzungen verschiedenen Ursprunges mit und ohne Ulzeration erfolgt sehr schnell eine Besserung, namentlich dann, wenn man von vornherein durch Verschuß des Muttermundes mit einer Pulverschicht eine Aszension verhütet. Blutende Wunden geben keine Kontraindikation für die Behandlung, 10%iger Tanargentan-Bolus eignet sich für sogen. Konstitutionsfluor (bei Anämie, Skrofulose, Diabetes, Adipositas, bei Masturbation). Infektiösen Fluor (Gonorrhöe) bekämpft man mit 20%iger Mischung. Intertrigo, Pruritus, Ekzeme schwinden schnell. Ist die Entzündung zurückgegangen, so wird die Therapie auch auf die Scheide ausgedehnt. Je nach der Virulenz der Bakterien wird täglich oder in Intervallen von 2—3 Tagen eine Einstäubung vorgenommen. Bei der chronischen Gonorrhöe handelt es sich meist um symptomatische Behandlung mit Tanargentan-Bolus. Dasselbe gilt von jauchigem Ausfluß bei zerfallenem Neoplasma oder anderweitigem, eitrigem Ausfluß; in diesen Fällen bildet das Pulver ein wichtiges, desodorierendes Mittel. Zum Schluß dient es noch zur Nachbehandlung des sekundären Fluors nach vaginalen Eingriffen, z. B. nach Probeexzisionen, Abrasio, Exzision von Polypen oder Kauterisation maligner Tumoren.

(Frauenarzt 1914 Nr. 8. — Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 46.)

e) Augenkrankheiten.

Lenirenin in der Augenheilkunde. Von San.-Rat Dr. Wolffberg-Breslau. Lenirenin wird von der Lenicetfabrik (Dr. Rudolf Reiss) Charlottenburg hergestellt; es besteht aus Lenicet, Tonerdehydrat „Reiss“ (rec. par.) ā, Cocain 2%, 0,004% kristallisierter Nebennierensubstanz.¹⁾ Ein sehr glücklicher Gedanke war es, außer dem Nebennierenpräparat auch einen geringen Prozentsatz Cocain dem Lenirenin einzuverleiben. Verf. hat schon seit Jahren die Erfahrung gemacht, daß Nebennierenpräparate in kaum noch anämisierender Verdünnung durch Zusatz von minimalen Mengen Cocain bedeutend an anämisierender Kraft gewinnen. So hat Verf. bereits als brauchbares Rezept folgendes angegeben:

Sol. suprarenin. synth. (1:1000) 2,5

Sol. Cocaini (0,25:100) 7,5

M. D. S. Augentropfen.

Umgekehrt gewinnt die sonst wohl absolut unwirksame $\frac{1}{4}$ %ige Cocain-Lösung durch den Zusatz von Suprarenin nicht nur ihrer-

¹⁾ Der Preis ist relativ gering. Kassenpackung 60 Pfg.; 10 g 1,60 M.

seits anämisierende und anästhesierende Kraft, sondern ruft gelegentlich sogar auch Mydriasis hervor. Verf. konnte sich nun leicht überzeugen, daß das Lenirenin, falls man es fein genug in ein Auge einstäubte, anämisierend wirkt; es wirkt aber nicht nur anämisierend, sondern durch den gleichzeitigen Gehalt an Lenicet und Tonerdehydrat zugleich desinfizierend. Und was es für den Gebrauch am Auge besonders geeignet macht, ist der Umstand, daß es ein Pulver von solcher Feinheit darstellt, wie wir es nur noch im Calomel vapore paratum kennen; dabei übertrifft es dieses wesentlich an Reizlosigkeit. Als Arzt bedient man sich für die Einstäubung des Lenirenins am besten eines der üblichen Pulverbläser; für die häusliche Behandlung durch den Patienten kann man Augenpinsel verordnen, man kann aber auch die gewöhnlichen Augentropf-Pipetten verwenden lassen, jedoch sollen diese nicht mit dem schlauchartigen Gummiansatz montiert sein, sondern mit einem torpedoförmigen (wie man sie für die Ringsauger hat). Es dürfte sich empfehlen, die mit Lenirenin armierte Tropfpulverpipette so zu halten, daß sie beim Ausstäuben senkrecht, mit der Spitze nach oben steht. Was nun die Indikationen für Lenirenin in der Augenheilkunde betrifft, so lassen sich diese leicht seiner Zusammensetzung entsprechend entwickeln. Zunächst ist vorauszuschicken, daß es einen vollen Ersatz für Calomel als Augenstreupulver bei Phlyktänen bietet; dabei läuft man niemals Gefahr, wie beim Calomel ätzend zu wirken. Hierbei tritt die Lenicet-Tonerde-Wirkung besonders hervor; will man die anämisierende Wirkung verstärken, so kann man vor dem Einstäuben einen Tropfen der oben angegebenen Suprarenin-Cocainlösung einträufeln. Ferner kann man bei allen sezernierenden Katarrhen vorteilhaft Gebrauch von Lenirenin machen; es ersetzt ferner gelegentlich völlig das Jodoform und die meisten an Stelle von Jodoform empfohlenen pulverförmigen Antiseptica. Ganz besonders indiziert ist es natürlich bei gewissen mit Nasenleiden komplizierten oder durch dieselben hervorgerufenen Augenaffektionen. In diesen letzteren Fällen ist es von Nutzen, Lenirenin nicht nur ins Auge einzustäuben, sondern es gleichzeitig als Schnupfpulver anzuwenden. So sieht man die sogen. Epiphora idiopathica bei dieser Behandlung schwinden, ohne daß der Nasenarzt erst die Skarifikation des vorderen Endes der mittleren Muschel vorgenommen. Immer wenn die Möglichkeit eines direkten Uebergreifens einfacher Schleimhauterkrankungen der Nase auf das Auge und hierdurch bedingte Hinderung in der Tränenabführung vorliegt, ist Lenirenin indiziert. Verf. ist nicht der Ansicht, daß Strabismus, Myopie, Gesichtsfeldeinengungen usw. von Nasenleiden herrühren, daß aber viele Augenleiden reflektorisch von der Nase her beeinflusst werden, ist zweifellos. So sah Verf.

unter anderem Fälle von Blepharospasmus, welche durch Einstäuben von Lenirenin ins Auge und durch Aufschnupfen desselben auffallend rasch geheilt wurden. Auch in Fällen von Heuschnupfen schaffte die gleiche Behandlung wesentliche Erleichterung.

(Wschr. f. d. Ther. d. Aug., 1. Okt. 1914.)

Zur Behandlung des Ulcus corneae serpens. Von Priv.-Doz. Dr. R. Kummell. (Kgl. Univers.-Augenklinik Erlangen.) Recht gute Erfolge bei Anwendung von Optochin (Aethylhydrokuprein). Unter Anästhesie Betupfung mit in 2% iger Lösung getauchtem Wattebausch, dann stündliche Instillation 1% iger Lösung bis zur völligen Reinigung des Geschwürs. Auch der praktische Arzt wird sich des Mittels mit Erfolg bedienen können. Wenn auch bei den möglichen Komplikationen das Ulcus serpens nach wie vor spezialistische und event. klinische Behandlung nötig macht, da nur sorgfältige Anwendung Erfolg verspricht, so wird doch schon eine einmalige frühzeitige Anwendung des Optochins günstige Erfolge versprechen. Hier scheint die Anwendung 2% iger Lösung in Ausdehnung des Geschwürs besonders am Platze, um ohne Zeitverlust bis zum Eintritt weiterer systematischer Behandlung, etwa in einer Klinik, schon eine Abtötung der Pneumokokken zu erzielen. Bei 2 Kranken, die durch keine Ueberredung zum sofortigen Eintritt in die Klinik zu bewegen waren, hat Verf. Optochin lokal angewandt, und es gelang so, bis zu der am folgenden Tage erfolgten Aufnahme bereits eine merkliche Besserung zu erzielen.

(M. m. W. 1914 Nr. 24.)

Verschiedenes.

Einige Bemerkungen zur Prophylaxe der Pediculosis. Von Prof. Dr. St. Weidenfeld und E. Pulay. Nach einem angestellten Versuche wird empfohlen, die Unterwäsche mit einem Gemisch von Paraffin und Anisöl (Paraffin liq. 100,0, Paraffin. solid. [bei 52° schmelzbar] 50,0, Ol. anisi 5,0) zu imprägnieren.

(W. kl. W. 1915 Nr. 6.)

Zur Bekämpfung der Läuseplage. Von A. Blaschko (Berlin). Verf. ist von verschiedenen Seiten um Angabe eines völlig geruchlosen Mittels gebeten worden. Ein solches Mittel ist seines Wissens nur das metallische Quecksilber, das freilich nur für diejenigen, welche keine starken körperlichen Strapazen auszuhalten haben, deren Haut also nicht durch Schweiß und Staub gereizt wird, anwendbar ist. Für die große Masse der marschierenden

Truppen kommt also das Quecksilber nicht in Frage. Auch darf der Träger keine Hg-Idiosynkrasie besitzen. Die zur Behandlung der Pediculosis gewöhnlich verwandte graue Salbe ist aber für eine länger dauernde Anwendung nicht zu benutzen. Verf. hat daher mehrfach den Rat gegeben, Hydrargyrum cum Creta in der Stärke von 1:4, etwa 30 g, in Säckchenform in jeder Hosentasche zu tragen. Noch praktischer aber erscheint der vor Jahren vom Verf. zur Erzielung einer ganz milden Quecksilberkur angewandte Merkolintschurz von Beiersdorf, ein mit Quecksilber imprägnierter Brust- und Rückenlatz, der entweder direkt auf der Haut oder über der Unterwäsche getragen wird und der etwa 4—6 Wochen lang beständig Quecksilberdämpfe unter der Kleidung ausströmen läßt. Zu Zeiten, wo eine Berührung mit Läusen gänzlich ausgeschlossen oder sehr unwahrscheinlich ist, kann der Schurz (auch nachdem er schon eine Zeitlang getragen worden ist) in einer undurchlässigen Hülle aufbewahrt und dann bei Bedarf wieder getragen werden. Seine Wirkungsdauer verlängert sich natürlich um die Zeit, wo er nicht getragen wurde. Die Gefahr einer Quecksilbervergiftung ist bei der Anwendung des Merkolintschurzes erfahrungsgemäß ausgeschlossen. Auch eine Hautreizung ist sehr viel weniger wahrscheinlich als bei den anderen Applikationsformen des Quecksilbers. Natürlich wird unter vielen Hunderten hier und da auch einmal jemand sein, dessen Haut Quecksilber überhaupt nicht verträgt. Das wird sich dann ziemlich schnell bemerkbar machen und da das Metall nicht wie bei der grauen Salbe der Körperoberfläche selbst einverleibt wird, ist seine Entfernung außerordentlich leicht und schnell möglich.

(D. m. W. 1915 Nr. 8.)

Ersatz für Kanadabalsam. Von cand. med. F. Kauffmann. Verf. verwendet seit dem Eintreffen der ersten Verwundeten im Segeberger Reservelazarett (Mitte September) in Ermangelung des Kanadabalsams „Taffonal“, eine Harzlösung zum Befestigen erster Verbände, von der Firma Beiersdorf & Co. in Hamburg hergestellt. Das Taffonal reagiert, im Gegensatz zum Mastisol, völlig neutral und kann daher die Färbung der Präparate nicht verändern. Es trocknet in wenigen Minuten soweit, daß das Deckglas sich nicht mehr verschiebt, und bleibt im Gegensatz zum Kanadabalsam auch bei kühler Witterung dünnflüssig, so daß eine Schädigung zarter Präparate ausgeschlossen ist. Der Preis des Taffonals ist ein sehr niedriger.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 5.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

**Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur**

Preis des Jahrgangs
M. 5.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-Rat Dr. Eugen Graetzer** in **Berlin-Friedenau.**

Verlag von **Leopold Voß** in **Leipzig und Hamburg.**

XXIV. Jahrgang

Nr. 8.

Mai 1915

Auszüge.

Aetiologisches.

Netzhautablösung infolge körperlicher Ueberanstrengung als Betriebsunfall. Von Reg.-Rat. Dr. v. Olshausen (Berlin). Eine körperliche Ueberanstrengung ist vom Reichsversicherungsamt als die Ursache einer Netzhautablösung auch in neueren Entscheidungen zuweilen angenommen worden. Ein Arbeiter, der auf dem rechten Auge hochgradig kurzsichtig war, hatte etwa 40 Pfund schwere Lagerschilder vom Stapel gehoben, auf den Fußboden gestellt, nachgesehen und dann wieder auf den Stapel gesetzt. Bei dieser Arbeit hatte er plötzlich infolge Netzhautablösung auf dem rechten Auge die Sehkraft verloren. Das Reichsversicherungsamt hat angenommen, daß die Netzhautablösung an jenem Tage infolge der anstrengenden Tätigkeit, des häufigen Bückens und des dadurch hervorgerufenen Blutandranges nach dem Kopfe plötzlich verursacht worden ist, nachdem der als Obergutachter gehörte Prof. Dr. Krückmann sich dahin ausgesprochen hatte, daß diese Momente sehr wohl geeignet seien, die Erkrankung zum Ausbruch zu bringen. In einem anderen Falle hatten 3 Arbeiter ein etwa 7 Zentner schweres Faß aufzuladen gehabt. Bei dem ersten Versuch war das Faß zunächst auf der Schrotleiter zurückgerollt, so daß es einer wiederholten erheblichen Anstrengung bedurfte, um es auf den Rollwagen hinaufzubringen. Der eine der Arbeiter, der schon seit längerer Zeit an hochgradiger Kurzsichtigkeit litt, erblindete darauf auf dem linken Auge infolge einer Netzhautablösung. Das Reichsversicherungsamt verurteilte die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung für den Verlust des Auges, weil eine Erschütterung des Körpers durch das zurückrollende Faß und ein erheblicher Blutandrang nach dem Kopfe stattgefunden hatte

und mithin die Betriebsarbeit als eine wesentlich mitwirkende Ursache für die Schädigung des Auges anzusehen war. Bei einem Schlosser, der eine schwere Last gehoben hatte und plötzlich nach Ausführung der Arbeit auf dem kurzsichtigen Auge erblindete, wurde von den Gerichten gleichfalls ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Augenerkrankung und der schweren körperlichen Anstrengung angenommen. Das Reichsversicherungsamt pflegt — wenigstens in neuerer Zeit — entscheidendes Gewicht darauf zu legen, daß es sich um eine das gewohnte Maß des Verletzten übersteigende Anstrengung gehandelt hat. Entgegen einem Universitätsgutachten wurde deshalb bei einer Bäuerin, die alle einer solchen obliegenden Arbeiten ohne Beschwerden geleistet hatte, angenommen, daß das Aufheben eines Sackes Kartoffeln im Gewicht von etwa 50 Pfund sowie das Tragen eines Sackes Mehl von gleicher Schwere auf dem Kopfe keinen in das Gewicht fallenden Anteil an dem Eintritte der Blutungen in das Augeninnere gehabt habe. Das große Maß der körperlichen Anstrengung war auch in dem folgenden, medizinisch wie juristisch recht zweifelhaften Falle das entscheidende Moment für die Anerkennung des Betriebsunfalls. In einem Molkereibetriebe war die Antriebsschnur der Zentrifuge gerissen. Um ein neues Seil auflegen zu können, mußte die senkrecht stehende Spindel aus dem unteren Lager herausgehoben werden. Da sich aber die Trommel auf der Spindel festgeklemmt hatte, war zunächst die Trommel zu lösen. Der Kläger, dem die Lösung der Trommel erst nach 2 maligem Absetzen gelang, setzte die Trommel auf den Rand der Zentrifuge, ging zu der nur wenige Schritte entfernten Treppe, wischte sich die Augen und suchte sich mit der Hand an dem Geländer zu stützen. Die auf dem rechten Auge aufgetretene Netzhautblutung wurde ursächlich auf die große Kraftanstrengung zurückgeführt. Nachdem durch einen technischen Sachverständigen festgestellt worden war, daß der Körper des Klägers sich den beim Hochheben der Trommel an ihn gestellten Anforderungen gegenüber in einer äußerst ungünstigen und nachteiligen Lage befunden hatte, wurde sein Anspruch auf Gewährung einer Unfallrente als berechtigt anerkannt.

(Zschr. f. ärztl. Fortbild. 1914 Nr. 11.)

Beziehungen zwischen Plattfuß und Fußtuberkulose. Von Dr. Syring (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Bonn).

1. Es ergibt sich aus den mitgeteilten Beobachtungen die eindringliche Mahnung, bei „Plattfußbeschwerden“, besonders wenn ihre subjektiven und objektiven Symptome nur einseitig vorhanden sind und vielleicht sich im Anschluß an ein Trauma entwickelt

haben, an die Möglichkeit zu denken, daß der Plattfuß kein idiopathischer, sondern nur ein symptomatischer sein und eine beginnende Fußtuberkulose verdecken kann.

2. Bei der Tarsaltuberkulose ist das Vorkommen von subjektiven und objektiven Plattfußsymptomen beim Beginn der Erkrankung sehr häufig, insbesondere gehört es bei der Tuberkulose der *Articulatio talo-navicularis* geradezu in typischer Weise zum Krankheitsbilde.

3. Aber auch die eigentliche Fußgelenktuberkulose, die Erkrankung der *Articulatio talo-cruralis*, kann mit solchen Plattfußsymptomen beginnen. Ueberhaupt zeigen beginnende Fußtuberkulosen im Gegensatz zu Kindern bei Erwachsenen, insbesondere bei jugendlichen Erwachsenen, mehr die Tendenz zur Kontraktur in Planus- oder Valgusstellung des Fußes, die meist erst später, bei Nichtbelastung, in Spitzfußstellung übergeht.

4. Daß die Gefahr einer Verwechslung zwischen Plattfuß als Krankheit *sui generis* und als Ausdruck bzw. Frühsymptom beginnender Fußtuberkulose nicht zu unterschätzen ist und daß die Verwechslung tatsächlich nicht zu selten vorkommt, erhellt aus der Tatsache, daß bei dem Garrèschen Material an Fußtuberkulosen in fast 10% der Fälle die Fehldiagnose Plattfuß zu Beginn der Erkrankung gestellt war — meist außerhalb der Klinik, in 3 Fällen aber auch in der Klinik.

5. Als Mittel, um die im Anfang bisweilen schwierige Differentialdiagnose stellen zu können und damit den Patienten vor schädlichen Maßnahmen zu schützen, ist Abwarten des Erfolges einer rein ruhigstellenden Therapie für einige Wochen und wiederholte Röntgenaufnahme zu empfehlen.

(D. m. W. 1914 Nr. 29.)

Knie- und Hüftgelenkerkrankungen und Viszeralorgane. Von Michael Lapinsky (Kiew). Schmerzen in den Knie- und Hüftgelenken sind öfters durch Erkrankung der Geschlechtsorgane, durch Dickdarmliden usw. bedingt. Lapinsky hat im Laufe von 3 Jahren 95 derartige Beobachtungen — er bringt eine Kasuistik von 5 Fällen — sammeln können. Obwohl die Gelenkleiden mitunter Jahrzehnte bestehen, sind die Gelenkveränderungen geringfügig, sekundär, in der ersten Periode der Schmerzen werden sie völlig vermißt. Die genauere Untersuchung ergibt stets Nervendruckschmerzhaftigkeit entsprechend der segmentären Sensibilitätsverteilung. Bei Knieschmerzen ist Druckempfindlichkeit im vierten Lumbalsegment, bei Hüftgelenkschmerzen im ersten Lumbal- und im dritten Sakralsegment vorhanden. Die Gelenkschmerzen hören auf, sobald die Viszeralerkrankung abheilt. Durch die Verbindung

der Viszeralorgane mit dem Rückenmark wird der Reizzustand jener auf dieses projiziert. Das so erregte Rückenmarksegment stört die Nervenversorgung des abhängigen Körpergebiets (Schmerzen infolge veränderten Blutumlaufs und veränderten Ernährungszustandes). Die inneren Geschlechtsorgane erregen nach der Kasuistik Lapinskys in erster Linie das Hüftgelenk.

(D. Arch. f. klin. M. 114 H. 5 u. 6. — D. m. W. 1914 Nr. 27.)

Enuresis und Spina bifida occulta. Scharnke: Blasenstörungen mit bekanntem oder vermutetem organischen Befund werden als Inkontinenz bezeichnet, solche ohne anatomischen Befund als Enuresis. Diagnostische Schwierigkeiten kann besonders die Epilepsie machen, nicht selten aber auch vernachlässigte Blasenkatarrhe. Fritsche hat schöne Fälle von hysterischer Enuresis beschrieben. Besonders schwierig ist die Beurteilung beim Militär, wegen der Gefahr der psychogenen Infektion. (Bettnässende Rekruten werden alsbald entlassen.) Man denkt besonders darum gern an Simulation, weil gerade unter den Neuro- und Psychopathen besonders oft sich Bettnässer finden. Aber das können koordinierte Symptome derselben degenerativen Veranlagung sein. Ausgedehnte physiologische Untersuchungen von v. Frankl-Hochwart und Rehfish haben es wahrscheinlich gemacht, daß das Harnlassen durch willkürliches Nachlassen des Sphinktertonus zustande kommt. Dieser Vorgang ist ein Reflex, der gewöhnlich unter der Herrschaft des Großhirns steht, aber bei Leitungsstörungen sich emanzipieren kann. Die Auslösung des Reflexes wird durch Wahrnehmung des Harndrangs vermittelt. Dieser ist im wesentlichen Kontraktionsgefühl. Mattauschek und Fuchs haben 1903 als Ursache der Leitungsstörungen Mißbildungen der untersten Teile des Rückenmarks wahrscheinlich gemacht. Diese „Myelodysplasie“ läßt sich aus röntgenologisch darstellbaren Kreuzbeinveränderungen erschließen. Peritz und Saar konnten diese Befunde in Berlin bestätigen. Bei 20 erwachsenen Bettnässern in den Garnisonlazaretten Köln und Deutz fanden sich 7mal Anomalien der Reflexe des Abdomens und der Beine, 8mal Sensibilitätsstörungen, 12mal Spina bifida occulta. Diese Befunde wurden durch zystoskopische Untersuchungen ergänzt. 8 von den 12 Fällen mit Spina bifida occulta wiesen eine charakteristische, schon bei ganz geringer Blasenfüllung vorhandene Balkenbildung auf, die sicher stärker war, als die noch physiologisch anzusehende Balkenbildung. Therapeutisch sind die Cathelinschen Injektionen vielfach mit bemerkenswertem Erfolg angewendet worden. Sie sind gefahrlos, die Technik ist nicht schwer. Das von Mattauschek und Fuchs aufgestellte Krankheitsbild der Myelodysplasie hat wiederholt ziemlich aus-

gedehnten Nachprüfungen durchaus standgehalten und erscheint geeignet, die bisher noch so dunkle Enuresisfrage der endgültigen Klärung bedeutend näher zu bringen. Es wird durchaus nicht behauptet, daß alle Fälle von Enuresis diesem Krankheitsbilde zuzurechnen sind. Bei Kindern wird man höchstens 50 % annehmen können. Für die anderen 50 % muß man auch weiterhin auf die Begriffe der funktionellen Neurose, erblich-degenerativen Konstitution und ähnliches zurückgreifen. Die erwachsenen Bettnässer dürften jedoch in einem viel höheren Prozentsatz, vielleicht mit zwei Drittel der Fälle, der Myeloidysplasie zuzurechnen sein. Dieses Krankheitsbild kann für Unfallansprüche und ganz besonders für den Militärarzt von großer Wichtigkeit werden, denn die Auffindung eines oder mehrerer der objektiven Symptome dieses Krankheitsbildes macht es möglich, den für Arzt und Patienten gleich peinlichen Verdacht der Simulation zu zerstören. Zum Krankheitsbild der Myelodysplasie rechneten die Autoren bisher die röntgenologisch nachweisbare Spina bifida occulta, Blasenstörungen, Syndaktylien, Reflexanomalien und Sensibilitätsstörungen an den Beinen, endlich Abnormitäten der Bedeckung der Kreuzbeingegend, in schweren Fällen auch Klumpfüße, motorische Störungen an den Beinen und ganz selten auch Mastdarmphinkterschwäche. Nach den Untersuchungen Tremburs ist als weiteres objektiv nachweisbares Symptom eine im Zystoskop gut sichtbare übergroße Reizbarkeit der Detrusoren bzw. eine Arbeitshypertrophie der Blase (Balkenbildung) hinzuzufügen. Alle diese Symptome weisen auf eine Hypoplasie oder Dysplasie im untersten Teil des Rückenmarks und vielleicht auch in der Cauda equina hin. Im einzelnen Krankheitsfall finden sich meist nicht alle Symptome, sondern nur eine mehr oder minder große Zahl derselben. In jedem hartnäckig der Behandlung trotzensen Fall ist als letztes die epidurale Injektion zu versuchen und eventuell mehrmals zu wiederholen.

(Straßburger Militärärztl. Gesellsch. 2. II. 14.)

Diagnostisches.

Der einfachste und schnellste Nachweis von Jod im Urin, Speichel und in anderen Körperflüssigkeiten. Von J. Schumacher (Berlin). Der einfachste und schnellste Jodnachweis geschieht mittels Ammoniumpersulfat.¹⁾ Eine Tablette wird auf Filtrierpapier gelegt und 5 bis 7 Tropfen der zu untersuchenden Flüssigkeit daraufgebracht. Bei Jodanwesenheit ist das Papier, besonders deutlich unter der Tablette, tief blau gefärbt, bei geringem Jod-

¹⁾ Vorrätig Dr. Brettschneiders Apotheke, Berlin N. 24.

gehalt mehr violett. Vor anderen Jodproben hat diese Probe den Vorteil, auch geringe Mengen organisch gebundenen Jods erkennen zu lassen. In einigen Verbindungen, die das Jod fest organisch gebunden enthalten, versagt sie allerdings ebenso wie die anderen gewöhnlichen Jodproben. (D. m. W. 1915 Nr. 7.)

Positiver Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei Pemphigus. Von Dr. Max Hesse (Aus der dermatologischen Klinik in Graz). Auf Grund der Untersuchungen glaubt Verf. berechtigt zu sein, anzunehmen, daß die Wassermannsche Reaktion für Pemphigus charakteristisch ist, da eben in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle tatsächlich ein positives Resultat zu finden war. Verf. will damit natürlich nicht behaupten, daß der Pemphigus mit der Syphilis in irgendeinem Zusammenhang steht. Dem Wert der Wassermannschen Reaktion für die Syphilis tut diese Tatsache wohl keinen wesentlichen Eintrag, da Syphilis und Pemphigus wohl selten in Differentialdiagnose kommen dürften. (W. kl. W. 1915 Nr. 3.)

Das Auskultationsphänomen des Kehlkopfes beim Krupp und Pseudokrupp. Von Dr. A. Levinson aus Chicago (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Wien). Die Stelle der Auskultation des Kehlkopfes ist eine doppelte: 1. über dem obersten Teile des Larynx, und zwar über dem Thyreoidknorpel, welcher bei Kindern in der Höhe des 3. Halswirbels liegt; 2. in der Fossa suprasternalis. Bei der Auskultation der letzteren wird das Stethoskop in der Medianlinie aufgesetzt, bei der Auskultation der ersteren etwas links von der Medianlinie, weil beim Kinde der Larynx fast immer etwas links von der Medianlinie gelegen ist. Allerdings muß man die Stellung des Larynx vorher mit dem Finger bestimmen und auskultieren. Die Auskultation über dem normalen Larynx des Kindes ergibt im Inspirium einen schlürfenden Ton, im Expirium einen etwas längeren Ton als im Inspirium. Bei Pseudokrupp hört man bei einer Auskultation direkt über dem Thyreoidknorpel im Inspirium einen unreinen, geschlossenen Ton, ähnlich einem M, im Expirium einen verlängerten schlürfenden Ton. Beim Auskultieren in der Fossa suprasternalis hört man feuchtes, mittelgroßblasiges Rasseln, im Expirium und Inspirium, während über den Lungen normales vesikuläres Atmen zu hören ist. Beim Krupp ist das Inspirium ein offener Vokal, tief und rauh. Das Expirium ist viel länger als das Inspirium und ist einem V ähnlich. Im Stadium der vorgeschrittenen Stenose sind Rasselgeräusche nicht zu hören, außer wenn eine Bronchitis vorhanden ist, dann hört man hier und da Rasseln über dem Larynx, das Atmen bleibt

aber immer tief und trocken. Die Auskultation hat Verf. mit einem gewöhnlichen auralen Stethoskop ausgeführt. Es hat sich dann als zweckmäßig erwiesen, das Endstück des Stethoskops entsprechend der Larynxwölbung leicht auszuhöhlen und entsprechend der Kürze des kindlichen Halses flacher zu gestalten. Das Endstück kann leicht an das gewöhnliche Stethoskop angeschraubt werden. Diese Modifikation ist aber nicht unbedingt notwendig, das gewöhnliche Stethoskopstück genügt.

(M. m. W. 1915 Nr. 5.)

Miliartuberkulose. Von Frank. Der Vortragende demonstriert einen Patienten, bei dem das klinische Bild einen Anhaltspunkt für eine sichere Diagnose nicht bot. Erst das Röntgenbild ließ mit Gewißheit eine Miliartuberkulose der Lunge erkennen. Die daraufhin vorgenommene Untersuchung des Augenhintergrundes zeigte in beiden Augen mehrere Aderhauttuberkel.

(Med. Verein Greifswald 12. VI. 14.)

Polyarthrititis syphilitica acuta. Von Privatdozent Dr. Josef Guszman (Budapest). Zunächst ist zu betonen, daß die des Nachts erfolgende heftige Exazerbation der Schmerzen äußerst charakteristisch für die Fälle der akuten syphilitischen Polyarthrititis ist. Ist aber dieses Symptom immerhin auch mehr als ein bloßer Verdacht, so läßt sich hieraus allein die syphilitische Natur eines Gelenkleidens doch noch nicht mit absoluter Sicherheit feststellen. Dies ist allein nur ex juvantibus möglich, wofür besonders die auffallend rasche Wirkung einer antiluetischen Kur und ganz besonders jene des Jods ausschlaggebend ist. Das erste Zeichen der Wirkung entsprechend großer Joddosen (zumindest 2 g Jodkali) äußert sich in der raschen Verminderung der Schmerzen und im raschen Abfall des Fiebers. Zum Verschwinden der übrigen objektiven Veränderungen und der Funktionsstörungen sind einige Tage erforderlich; doch ist auch die Rückbildung dieser Veränderungen eine auffallend rasche. Für die absolute Richtigkeit der Diagnose läßt sich daher der Beweis erst durch den Verlauf des Falles erbringen.

(W. m. W. 1915 Nr. 4.)

Kasuistisches.

Kleinhirnerkrankungen. Von Goldstein. Fall 1. 53jähriger Kaufmann, früher gesund. Seit zwei Jahren zunehmende Schwäche und Unsicherheit der Beine, Schwerfälligkeit beim Gehen. Seit Jahren Schwindelerscheinungen. Seit einem Jahre Störungen der Sprache. Keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen. Befund: keine

Veränderungen an den inneren Organen. Keine besondere Arteriosklerose. Am Nervensystem Pupillen ohne Störung, keine Zeichen einer Pyramidenaffektion, keine zerebralen Symptome. Liquor in jeder Beziehung normal, ebenso Augenhintergrund, keine Sensibilitätsstörungen. Verlangsamung im Ablauf aller Bewegungen der gesamten Körpermuskulatur, auch der Augen- und Gesichtsmuskulatur. Langsamer, schwerfälliger Gang, zerebellare Rumpfataxie. Mäßige Ataxie in den Armen und Beinen. Störungen der schnellen Aufeinanderfolge der Bewegungen mäßigen Grades, an den Händen, Füßen, Augen, Gesichts- und Zungenmuskulatur. Störungen beim Zeigerversuch im Sinne des Vorbeizeigens, mit der linken Hand nach links aus, mit der rechten Hand nach rechts aus. Vestibularis normal erregbar. Zeigerversuch nach Spritzen und Drehen entspricht den normalen Verhältnissen. Prüfung mit Gewichten ergibt keinerlei Störung. Auf Grund dieses Befundes wird ein progredienter atrophischer Prozeß des Kleinhirns angenommen, entweder eine einfache Kleinhirnatrophie oder eine Atrophia olivo-ponto-cerebellaris. Der Prozeß im Kleinhirn ist vorwiegend in dem Wurm zu lokalisieren. — Fall 2. 17jähriges Mädchen, hat erst sehr spät sitzen, laufen, sprechen gelernt. Dabei fiel eine große Unsicherheit auf. Von jeher geistig schwach. Keine besonderen Krankheiten. Befund: Mädchen etwas kleiner als der Durchschnitt, sonst gut entwickelt, sehr reichliches Fettpolster. Pupillen, Hirnnerven ohne Störungen, geringer grobschlägiger Nystagmus in Endstellungen. Augenhintergrund ohne Befund. Sprache langsam abgehackt, skandierend. Sehnenreflexe gesteigert, kein Babinski. Keinerlei Lähmung, keine Sensibilitätsstörungen. Es besteht eine schwere, zerebellare Rumpfataxie, sehr unsicherer, ausgesprochen zerebellarer Gang. In den Händen und Füßen eine gewisse Ataxie, aber nicht hohen Grades. Verlangsamung aller Bewegungen, besonders der schnellen Aufeinanderfolge von entgegengesetzten Bewegungen. Psychisch beträchtlicher Grad von Idiotie. Es wird eine mangelhafte Entwicklung des Kleinhirns als Ursache der Störungen angenommen. Dieselbe findet ihren Ausdruck am Röntgenbild in einer deutlichen Verkleinerung der hinteren Schädelgrube und einer Knochenverdickung des Schädelknochens in dieser Gegend, sowie Schatten am Boden der hinteren Schädelgrube, die auf eine Knochenwucherung in das Innere des Schädels hinein hinweisen.

(Verein f. wissenschaftl. Heilk. i. Königsberg 2. III. 14.)

Beitrag zur Pathologie und Klinik des menschlichen Milzbrandes. Von Dr. Mathias und Dr. Blohmke (Aus dem Pathologischen Institut und der Ohrenklinik der Universität in Königs-

berg i. Pr.). Pat. war Hausdiener in einer Fellhandlung und als solcher als Aufkäufer der Felle frischgeschlachteter Tiere beschäftigt. Der Fall gehört also in die Gruppe der Berufsinfektionen. Pat. hatte als erste Erscheinung einen Schnupfen, dann traten weitere und schwerere Erscheinungen von seiten der Nase ein. Daraus ergab sich, wie auch nachher aus dem anatomischen Befunde, daß die Nase der primäre Infektionsherd war. Die Submaxillardrüsenschwellung war als regionäre Lymphdrüsenerkrankung aufzufassen, ebenso waren vom Primärherd aus die der Nase benachbarten Nebenhöhlen betroffen, wie es bei der Sektion das sulzige Oedem der Siebbein-, Stirn- und Kieferhöhlen zeigte; ebenso fand eine direkte lymphatische Verbreitung nach den Rachenorganen hin statt. Auch die Leptomeningitis war als Nachbarschaftsinfektion aufzufassen. So war eine Situation geschaffen, bei der es, zumal wenn der reichlich sezernierte Nasenschleim verschluckt wurde, dazu kam, daß eine enorme Bakterienmenge in den Magen- und Darmkanal hineingelangte. Es sei nun erwähnt, daß der Erkrankung des Pat. unmittelbar ein Exzeß im Essen und Trinken vorangegangen war, der offenbar die Magenfunktion noch geschädigt hatte. So kam es, daß es dem Organismus nicht gelang, die andauernd in den Magen hineingelangenden Bazillen abzutöten. Vom Magen aus entstand dann die Infektion des Magen- und Darmkanals, als deren Ausdruck klinisch die Diarrhöen und peritonitischen Symptome, anatomisch die Ulzerationen des Magendarmkanals, das eitrige Exsudat und die hämorrhagischen Drüsenschwellungen sich zeigten. Der Ductus thoracicus nahm dann die vom lymphatischen Apparat des Darms resorbierten Bazillen auf und führte sie der Zirkulation zu. Sie wurden, wie das im Präparat deutlich sichtbar ist, in den Lungenkapillaren abgelagert. Zu einem eigentlichen embolischen Verschuß der Kapillaren kam es nicht, da Pat. schon vorher seiner Infektion erlag. Während Fälle von Milzbrandinfektion auf der Haut mit Sekundärinfektionen innerer Organe und anschließender Allgemeininfektion durchaus häufig sind, gehören die Fälle mit Primärherd im Gebiet der Respirations- oder Verdauungswege durchaus zu den Seltenheiten. Die Prognose des äußeren lokalisierten Milzbrandes, bei dem es gelingt, durch entsprechende konservative Behandlung die Überschwemmung des Organismus mit Milzbrandbazillen zu verhindern, erscheint durchaus günstig. Die des inneren Milzbrandes, mit der Tendenz zum Übergang auf weitere Organsysteme und seiner unvermeidlichen Blutinfektion, ist dagegen absolut infaust. Zu dieser letzten Gruppe gehört dieser Fall, zu dem sich in der einschlägigen Literatur nur wenige analoge finden. Vom klinischen Gesichtspunkte aus lassen sich aus dem Fall im

Verein mit den bisher beschriebenen einige diagnostische Merkmale gewinnen, welche vielleicht geeignet sind, die Symptomatologie des Milzbrandes mit der ungewöhnlichen Eingangspforte im Gebiete der Nasenrachenhöhle zu vervollständigen. Diese diagnostisch wichtigen Merkmale sind: Profuses Nasenbluten, eigenartige Schwellung eines Lymphdrüsenpaketes, charakterisiert durch weiche, teigige Vergrößerung mit diffusum Oedem und blasser Rötung des umgebenden Bindegewebes, ohne daß bei vorhandener hoher Temperatur ein gewöhnlicher eitriger Prozeß in den Drüsen vorliegt. Die terminale Senkung der Temperatur, mit abdominellen Erscheinungen vergesellschaftet, dabei Zyanose ohne mechanische Störung der Atmung im gröberen Sinne, sind das in den meisten Fällen beschriebene Ende der Milzbrandinfektion.

(D. m. W. 1914 Nr. 42.)

Strangulation der Vena iliaca externa durch Narbenzug nach Appendektomie. Von Credé (Dresden). Der Redner bespricht einen seltenen Fall von narbiger Abschnürung der Vena iliaca externa im Anschluß an eine Blinddarmoperation. Ein 35-jähriger kräftiger Postschaffner war im Juli 1913 in einem Landkrankenhaus wegen eitriger Blinddarmentzündung operiert worden. Vom November an bemerkte er, während er sich sonst ganz wohl befand, daß sein rechtes Bein anschwell, sobald er früh aufgestanden war, und daß es nach dem Zubettegehen rasch wieder abschwoll. Der Zustand verschlimmerte sich so, daß er sein Bein kaum noch fortschleppen konnte und sich deshalb im Februar 1914 auf die Abteilung des Redners aufnehmen ließ. Es zeigte sich nun, daß bald nach dem Aufstehen das rechte Bein anschwell, blaurot und ganz heiß wurde und der Unterschenkel 3 cm Mehrumfang bekam. Da es sich nur um eine eigenartige Verwachsung der Vena iliaca externa handeln konnte, durch welche bei anderer Muskelstellung und Spannung am Tage eine Abknickung der Vene eintrat, so wurde operativ die Fossa ovalis oberhalb und unterhalb des Lig. Poup. freigelegt, eine derbe Narbenmasse entfernt und die Vene von einer strangartigen Narbe befreit. Nach glatter Heilung besserte sich der Zustand rasch, der Blutrücklauf fand auch beim Stehen und Gehen ungehindert statt, und der Mann konnte nach 4 Wochen seinen Dienst wieder aufnehmen. (Fr. Vereinig. d. Chir. d. Königr. Sachsen, 4. V. 14.)

Zweimalige Abortivheilung der Syphilis bei Reinfektion nach 2 Jahren. Von Erich Hoffmann (Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Bonn). In dem hier beschriebenen Falle wurde die erste syphilitische Infektion im primären Stadium

bei noch negativer WaR. durch eine schwache kombinierte Kur (0,82 Altsalvarsan + 1 Hg.-sal.-Spritze + 24 Einreibungen zu 4 g) geheilt, und der Dauererfolg durch sorgsame klinische Beobachtung, regelmäßige Untersuchung der WaR. im Blute und provokatorische Salvarsaninjektion kontrolliert. Gut 2 Jahre nach Abschluß der ersten Kur trat etwas verzögert ein auffallend kleiner Primäraffekt weit entfernt von der Narbe des ersten bei negativer WaR. auf, nachdem ein Coitus impurus die Gelegenheit zu einer abermaligen Infektion geboten hatte. Aus dem langen freien Intervall, der typischen Entwicklung des von Drüsenschwellung begleiteten Primäraffekts, dem reichen Spirochätengehalt und der noch negativen WaR. im Blute konnte auf eine neue Ansteckung mit Sicherheit geschlossen werden. Die zweite Infektion verlief, wie das nach Ausheilung der ersten zu erwarten war, etwa ebenso wie eine erstmalige; nur hat der Kranke den Primäreffekt erst 36 Tage nach dem Coitus impurus bemerkt, und dieser war 45 Tage nach der Infektion nur gut linsengroß und von geringer Drüsenschwellung in einer Leiste begleitet. Ob das ein Zufall ist oder eine Folge der schon einmal überstandenen und geheilten Infektion, läßt sich nicht entscheiden. Die zweite Abortivkur wurde bei dem Kranken absichtlich viel stärker als die erste durchgeführt, weil es nicht unmöglich erschien, daß die natürliche Heilkraft des Organismus durch die erste Infektion gelitten haben könnte. Für die Ausheilung der zweiten Syphilisansteckung spricht das nun ein Jahr lang beobachtete Freibleiben von jeglichem Symptom, der stets negative Ausfall der WaR. auch nach provokatorischer Salvarsaninjektion und der völlig normale Befund des Liquor cerebrospinalis 6 Monate nach Abschluß der Kur. Daher scheint schon jetzt der Schluß erlaubt, daß in diesem Falle eine zweimalige Abortivheilung der Syphilis mit gut 2jährigem Intervall zwischen beiden Infektionen gelungen ist.

(M. m. W. 1914 Nr. 41.)

Penis-Bruch. Von Dr. Wilensky. Ein 36jähriger Mann bekommt während des Coitus einen plötzlichen Schmerz ins Glied, das danach sofort erschlafft und im vorderen Drittel gänzlich nach unten umknickt. Nach einigen Minuten starke Anschwellung, ohne daß die Passage des Urins gehindert ist. Es handelt sich in diesen Fällen um eine Zerreißung der das Corpus cavernosum urethrae umhüllenden Scheide, welche zarter als die das dorsale Corpus cavernosum umhüllende ist. Gonorrhoeische Prozesse, welche die Harnröhrenwand durchbrechen und sich auf das Corpus cavernosum fortsetzen, prädisponieren später zu solchen Zerreißungen; auch im vorliegenden Falle haett der betreffende Mann

vor 3 Monaten an Gonorrhoe gelitten. Eine typische Erektion ist nach dieser als Fraktur des Penis bezeichneten Verletzung nur im hinteren Teile möglich, so daß die Immissio penis nicht gelingt. Da die konservative Behandlung des Leidens wenig befriedigt, haben Leguen und Milchon die Freilegung der zerrissenen Stellen und die Naht empfohlen.

(Annals of surgery 1914 Nr. 3. — Aertzl. Sachverst.-Ztg. 1914 Nr. 21.)

Aneurysma der Carotis externa. Von Jastram. 54jährige Frau, die immer gesund gewesen war, keine Lues in der Anamnese. Etwa 4 Wochen vor ihrer Aufnahme in die chirurgische Klinik machte sie eine Angina durch mit hochgradigen Schluckbeschwerden. Nach 14 Tagen machte ein Arzt einen Einschnitt, kam aber nicht auf Eiter. Wie die Angehörigen nachträglich angaben, soll sich damals „ein halber Eimer Blut“ entleert haben. Als die Schlingbeschwerden sich nicht besserten, schickte sie der Arzt mit der Diagnose „Tumor“ in die Klinik. Befund bei der Aufnahme: Sehr kachektisches Aussehen. Kleinhühnereigroßer Tumor derbelastischer Konsistenz im Rachen, die rechte Tonsille und den rechten Gaumen vorwölbend. Diagnose: Maligner Tumor (Sarkom). Mit Rücksicht auf die schnelle Entstehung im Anschluß an eine Angina wird auch an die Möglichkeit chronisch-entzündlicher Veränderungen mit einem tiefliegenden Abszeß im Hintergrunde gedacht. Als Lokalanästhesie für eine Probeexzision gemacht wird, bekommt Pat. plötzlich einen epileptiformen Anfall. Als nach acht Tagen der Eingriff wiederholt und an der für Spaltung von Tonsillarabszessen typischen Stelle eingegangen wird, abundante Blutung. Unterbindung der Carotis externa. Exitus nach anfänglicher Besserung durch intravenöse Kochsalzinfusionen. Bei der Sektion ergab sich ein Aneurysma der Carotis externa aufluetischer Basis.

(Ver. f. wissenschaftl. Heilk. i. Königsberg 18. V. 14.)

Toxikologisches.

Tödliche Filixvergiftung bei einem klinisch latenten Morbus Addisonii. Von Dr. Ferd. Schotten (Aus der inneren Abteilung des städt. Krankenhauses St. Rochus zu Mainz). 26jährige Frau, die bis dahin arbeitsfähig gewesen war, allerdings über nervöse Beschwerden geklagt hatte und Pigmentationen aufgewiesen hatte, nahm das Helfenbergsche Bandwurmmittel, worauf sich rasch eine tödliche Vergiftung entwickelte. Man wird daher von jetzt ab auch bei dem geringsten Verdachte einer Nebennierenerkrankung davon Abstand nehmen müssen, Extract. filic. zu benutzen. Die spezielle Ursache, weswegen gerade eine Er-

krankung der Nebennieren zur tödlichen Vergiftung durch Filixsäure disponieren konnte, möchte Verf. in zwei Momenten suchen: erstens kommt wohl die allgemeine Giftschockwirkung, wie bei jeder anderen Vergiftung, in Betracht. Noch mehr aber scheint die ausgesprochen nierenschädigende Wirkung des Filixextraktes bei einer bestehenden Nebennierenerkrankung von ominöser Wichtigkeit. Denn nach Beobachtungen von Hans Curschmann scheint es, daß bei bestehender Erkrankung und Insuffizienz der Nebennieren auch anatomisch leichte Schädigungen der Niere selbst außerordentlich schwere Zustände, selbst den raschen Tod, zur Folge haben können. Man kann sich dabei des Eindrucks nicht erwehren, als ob die Nebenniere bei auftretender Nierenschädigung eine innersekretorische Funktion zu leisten habe, der sie, insuffizient geworden (wie beim Morbus Addisonii), eben nicht mehr nachkommen kann. Verf. kann es nicht von der Hand weisen, daß auch in seinem Fall die Kombination des Filixextraktes mit Rizinusöl die tödliche Vergiftung veranlaßte, bezw. schwerer gestaltete. Es darf nicht als Zufall angesprochen werden, daß die in der Literatur bisher bekannt gewordenen tödlichen Filixvergiftungen fast sämtlich durch Extractum filicis mit Rizinusöl hervorgerufen wurden. Verf. muß darauf aufs neue und energischste die Warnung derjenigen Autoren unterstützen, die vor dieser Kombination als lebensgefährlich warnen. Es ist dringend wünschenswert, daß diese Kombination, auch wenn sie in tausend Fällen ohne Schaden genommen wurde, aus dem Arzneischatz gestrichen wird, daß sich also auch die Chemische Fabrik Helfenberg entschließt, aus ihrem Bandwurmmittel das Rizinusöl prinzipiell wegzulassen. Tut sie dies nicht, so muß nachdrücklich vor diesem Mittel gewarnt werden. (M. m. W. 1914 Nr. 44.)

Ueber die Verkenennung von Kohlenoxydvergiftung. Von Dr. Robert Heller (aus dem gerichtlich-medizinischen Institut der Universität Zürich). Eine Frau, die in der Küche Wäsche gekocht hatte, war von ihrem Ehemann tot dort aufgefunden worden. Da sie herzleidend war, wurde „Herzlähmung“ als Todesursache angenommen. Die Sektion ergab als solche Kohlenoxydvergiftung. Auf Grund des Sektionsergebnisses wurde nach der Herkunft des Kohlenoxydes geforscht. Der Ehemann hatte beim Eintreten in die Küche weder Gas- noch Rauchgeruch bemerkt. In dem dampferfüllten Raum war es dunkel, erst nachdem der Dampf durch das Öffnen des Fensters Abzug erhalten hatte, bemerkte der Ehemann, daß die brennende Petroleumlampe an ihrem gewöhnlichen Orte an der Wand hing. Eine Untersuchung der Heizanlagen und Gasleitung ergab, daß weder Feuerstellen noch Rauchableitung

fehlerhaft waren. Durch den Kaminabzug konnte kein Rauch eintreten, da überhaupt nicht geheizt wurde. Gasherd und Gasleitungen wurden außer und in dem Haus intakt befunden. Aus allen diesen Umständen mußte der Schluß gezogen werden, daß das Kohlenoxyd in der Küche selbst entstanden war. Die Küche ist sehr klein. Es bestand darum die Möglichkeit, daß bei geschlossenem Fenster und Türe die Luftzufuhr durch die natürliche Ventilation zur vollkommenen Verbrennung des Gases nicht ausreichte, so daß ein Teil des im Leuchtgas vorgebildeten Kohlenoxydes unverbrannt in die Küchenluft überging, bzw. daß sich unter den ungünstigen Oxydationsverhältnissen neues Kohlenoxyd eventuell unter Mitwirkung der Wasserdämpfe bildete (analog dem Mechanismus der Wassergaserzeugung). Die Tierversuche, die zum Beweise dieser Möglichkeiten unternommen wurden, bestätigten in der Tat, daß in 2—3 Stunden unter den bei dem tödlichen Unglücksfall herrschenden Verhältnissen die Luft mit Kohlenoxyd sich so anreicherte, daß die Versuchstiere (Kanarienvogel und weiße Mäuse) schnell zugrunde gingen. Durch den chemischen und spektroskopischen Nachweis von Kohlenoxyd im Blute der Versuchstiere wurde die Diagnose der Kohlenoxydvergiftung vollkommen sichergestellt. Gasgeruch war auch bei den Tierversuchen nicht zu merken. Offenbar findet trotz der ungenügenden Oxydation eine Verbrennung der unangenehm riechenden Bestandteile des Leuchtgases statt. — Der Fall beansprucht in mehrfacher Hinsicht ein allgemeines Interesse. Zunächst ist das Auftreten von Kohlenoxyd in einer kleinen Küche mit Gasherd ohne Rauchgasabzug in ein gemauertes Kamin höchst bemerkenswert. Denn Gaseinrichtungen dieser Art sind sehr verbreitet und täglich durch viele Stunden in Gebrauch. Auch werden Fenster und Türen in den Küchen im Winter vielfach geschlossen gehalten. Unter solchen Umständen drängt sich die alte Frage auf, warum Kohlenoxydvergiftungen durch Gasflammen infolge mangelhafter Ventilation nicht öfter auftreten. Zweifellos lagen im vorliegenden Falle die Verhältnisse besonders ungünstig, da die Küche außergewöhnlich klein ist, aber schon dieser eine Fall zeigt eindringlich, daß die Wahrscheinlichkeit, die wahre Todesursache in solchen Fällen zu übersehen, eine überaus große ist. Insbesondere in den nicht seltenen Fällen, wo ähnlich wie hier schon lange vorher Symptome für ein Leiden vorhanden waren, das öfter zu einem plötzlichen Tod zu führen pflegt, wird der Arzt kaum an Kohlenoxyd denken. Sicherlich wird er aber diese Vermutung meist fallen lassen, wenn die Gas- oder Feuertechniker die Erklärung abgeben, daß Kamin und Gasleitung vollkommen in Ordnung sind. Wie leicht es unter solchen Umständen geschieht,

daß die Todesursache vollkommen unaufgeklärt bleibt, wird auf Grund der Untersuchungsakten an einem weiteren typischen, kurze Zeit zurückliegenden Fall illustriert. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Bei plötzlichen Todesfällen ebenso wie bei akuten oder chronischen Erkrankungen unbestimmter (nervöser oder fieberhafter) Natur soll CO-Wirkung ins Auge gefaßt werden.

2. Offene Gasflammen in kleinen Räumen (Küchen etc.) können trotz intakter Gasleitung infolge schlechter Ventilation zu akuter oder chronischer Kohlenoxydvergiftung führen.

3. Die bautechnische Untersuchung eines CO-verdächtigen Milieus bedarf der Kontrolle durch den Tierversuch unter möglichst vollkommener Wiederherstellung der Verhältnisse, unter denen ein Unglück eintrat. (Prag. m. Wschr. 1914 Nr. 50.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Zur Schienenfrage. Von Dr. Manfred Fritz (Aus dem Reservelazarett Arolsen). Verf. verwendet bei allen Knochenverletzungen Gipsschienen, die ohne jede Polsterung naß direkt auf die Haut angelegt werden. Die Technik ist sehr einfach: Nachdem die Wunde in der üblichen Weise versorgt ist, wird sie mit einer nicht zu dicken Lage Gaze und etwas Watte bedeckt, während zwei Wärter das verletzte Glied entsprechend fixieren. Man stellt sich nun eine frische Gipsschiene dadurch her, daß man auf einem Tisch, einem Brett, im Notfalle auf dem Fußboden eine respektive mehrere Gipsbinden in der erforderlichen Länge hin und her abrollt, so daß eine Lage die andere deckt. Will man z. B. den Oberschenkel mit der Schiene breiter umfassen, so kann man natürlich auch am einen Ende der Schiene die Bindenlagen fächerartig breiter auseinanderlegen, so daß diese sich nur teilweise decken; dadurch entsteht beim Anlegen der Schiene eine breitere Rinne. Die Binden sollen sehr gut durchfeuchtet sein (nicht ausdrücken!).

Verwendet man die üblichen 10 cm breiten und 5 m langen Gipsbinden, so sind

für die Hand	1 Gipsbinde	erforderlich
für den Vorderarm	2 Gipsbinden	"
für den Oberarm inkl. Ellenbogengelenk	4—5	" "
für den Unterschenkel	4—5	" "
für das Bein	8—10	" "

Außerdem verbraucht man 1—2 gewöhnliche Mullbinden. Die Schiene wird nun ohne jede Polsterung und naß schnell an die

Extremität angelegt, mit den Händen unter Beihilfe der Assistenten gut anmodelliert und mit 1—2 Mullbinden unter fortwährendem sorgfältigen Anmodellieren gut angewickelt. Über das Ganze wird dann die Wunde, die von der Schiene nicht bedeckt werden sollte, mit entsprechendem Watteverband versorgt. Wird die Wunde von der Schiene nicht bedeckt, so läßt sie sich jederzeit leicht revidieren, ohne daß die Schiene abgenommen zu werden braucht. Es ist sogar besser, die Schiene nicht abzunehmen, weil sie fest auf der Haut haftet und weil durch dieses Ankleben die Fixierung viel zuverlässiger ist. Ist die verletzte Extremität von den Wärtern in guter Stellung gehalten worden, so ist der Verletzte sofort nach dem bald erfolgenden Erhärten des Gipses vollkommen schmerzfrei. Ist er es nicht, so kann man darauf rechnen, daß die Reposition schlecht ist und es sich um Durchbiegungen, Verdrehungen u. dgl. handelt. Strangulationsgefahr ist nicht vorhanden, jedenfalls ist sie nicht größer als bei jedem gewöhnlichen Mullbindenverband. Ist die Gipsbinde gut naß, so genügt ein leichter Druck, um sie an das Glied anzuwickeln. Polsterungen sollen durchaus vermieden werden. Verf. verwendet nur in der Achselhöhle einen faustdicken Wattebausch und gelegentlich am Damm einen nicht zu dicken Wattewulst. Ängstliche mögen vorspringende Knochenkanten, z. B. am Ellenbogengelenk, oder die Achillessehne durch kleine Wattepolster schützen: nötig ist die Polsterung jedenfalls nicht, und wenn sie gemacht wird, darf sie nur ganz dünn und leicht sein. Drückt die Schiene an irgendeiner Stelle, was besonders am Rand durch ungeschicktes Zufassen ungeübter Assistenz vorkommen kann, so kann man durch einfachen Fingerdruck die deprimierte Stelle hochdrücken; die ganze Schiene läßt sich auch mit jedem Küchenmesser schneiden. Warmes Wasser ist bei dem Eintauchen der Binden nicht notwendig; bei einigermaßen gutem Gips zieht Verf. kaltes Wasser vor, weil die Schiene dann nicht allzurasch hart wird und man sich bei dem Anlegen nicht allzu sehr zu beeilen braucht. Die ganze Prozedur nimmt wenig Zeit in Anspruch, jedenfalls nicht mehr, als zur Herrichtung und Polsterung einer der zahlreichen vorrätig gehaltenen anderen Schienen notwendig ist. Was nun die Anlegung angeht, so kann sie bei der frischen Gipsschiene in der verschiedensten Art erfolgen. Bei glatten Durchschüssen mit kleinem Ein- und Ausschuß braucht man auf die Wunde, die zunächst mit mehreren Lagen Gaze bedeckt wird, im übrigen kaum Rücksicht zu nehmen. Man legt also die Schiene in der gewohnten Weise an: an der Unterextremität auf der Unterseite des Gliedes. Will man das Hüftgelenk mit fixieren, so ist es vorteilhaft, sich erst eine Schiene in der erforderlichen Länge für Fuß und Bein herzustellen; die

nasse Schiene dann an ihrem oberen Ende spiralig von der Unterseite des Oberschenkels sich auf die Außenseite des Hüftgelenks drehen zu lassen und diese Schiene zunächst anzuwickeln; den Beckenring fertigt man dadurch an, daß man eine zweite Schiene herstellt, die 30—40 cm länger ist als der Beckenumfang. Diese Schiene wird nun naß auf den Beckenumfang aufgeklatscht, und die 30—40 cm übriger Länge werden auf die noch nasse erste Schiene aufgelegt und mit Binden fixiert. Es entsteht dadurch eine genügend feste Vereinigung der beiden Schienen, um das Hüftgelenk auch für einen längeren Transport ruhigzustellen. Am Oberarm benutzt man am besten eine Außenschiene mit Schulterkappe; sitzt die Verletzung unterhalb der Mitte des Humerus, so kann man auch eine Innenschiene anwenden. Am Vorderarm legt man die Schiene am besten auf die Beugeseite, und zwar so, daß sie bis etwa zur Mitte der Finger reicht. Nun fordert man den Verletzten auf, fest in die nasse Schiene hineinzugreifen und die Hand zur Faust zu schließen. Kann er das nicht allein, so hilft der Wärter nach. Darauf wird noch das Handgelenk etwa zu $\frac{2}{3}$ gebeugt und so die Binde angelegt. Der Gips dringt teilweise zwischen die Finger und schmiegt sich ihnen überall an, so daß die Fixierung sehr genau, die Lagerung sehr angenehm wird. Nun wickelt man täglich das vordere Ende der Binde etwa bis zur Handgelenkslinie los, hebt die Finger aus ihrem Lager und streckt sie passiv, ebenso wie das Handgelenk, das möglichst hochgehoben wird; dann wird die Hand in die alte Lage zurückgebracht und wieder festgelegt. Durchschossene Vorderarmknochen werden durch dieses Manöver gar nicht aus ihrer Ruhelage gebracht, da sie durchaus zuverlässig fixiert sind. Man verhütet aber durch die tägliche Bewegung den Eintritt einer Versteifung der Gelenke und erreicht, daß, sobald die Knochen fest geworden sind und die Schiene entfernt werden kann, auch ein gut gebrauchsfähiges Handgelenk und vollbewegliche Finger vorhanden sind. Will man einzelne Finger ruhigstellen, während die übrigen freibleiben sollen, so stellt man sich mit dem letzten Rest der Gipsbinde eine kleine Fingerschiene her, legt diese auf oder unter die noch nasse Handschiene und läßt den Finger in der gewünschten Stellung halten, während die übrigen Finger zur Faust geschlossen werden. Durch die übergelegte Mullbinde wird die Fingerschiene genügend an die Handschiene angepreßt, so daß sie mit ihr zu einem festen Ganzen erhärtet. Handelt es sich nicht um glatte Ein- und Ausschüsse, sondern um größere, vielfach zerfetzte, stark absondernde Wunden, so tritt die Möglichkeit, die Gipsschiene leicht den verschiedensten Wundverhältnissen anzupassen, erst recht hervor. Die Wunde soll frei und jederzeit zugänglich bleiben; trotz zuverlässiger

Fixierung soll der Abfluß der Sekrete nirgends behindert werden. Um dies zu erreichen, wird man die Schiene entsprechend abändern müssen; so kann man z. B. statt einer auf der Beugeseite angelegten Schiene (Vorderarm — Unterschenkel) sehr gut eine solche auf die Streckseite legen oder zu zwei seitlichen Schienen greifen oder aber auch Schienen mit spiraligem Verlauf verwenden. So hat Verf. z. B. bei einem Oberarmdurchschuß mit ausgedehntem Knochendefekt, starker Eiterung der buchtigen Wunde und beträchtlichem Fieber, bei dem der Einschuß auf der Innenseite, der Ausschuß auf der Außenseite lag und außerdem auf der Innenseite des Ellenbogengelenks ein tiefer, auf dem Transport entstandener Decubitus bestand, die Schiene auf die Rückseite des Oberarms gelegt, und zwar so, daß sie mit einer Schulterkappe über die Schulter nach vorne griff und am unteren Ende des Oberarms spiralig nach außen auf die Oberseite des Unterarms überging, wodurch alle drei Wunden leicht zugänglich blieben. Das funktionelle Resultat war recht gut. Will man die Schiene vor Beschmutzung mit Wundsekret schützen, so schlägt man sie einfach in ein reichlich doppelt so breites Stück Billrotbattist oder dergleichen ein. Dieser Schutz ist völlig ausreichend; eventuell fertigt man sich gelegentlich eine neue Schiene an. Die Vorteile dieser naß aufgelegten Gipshautschienen im Felde sind, kurz zusammengefaßt, folgende: Rasches Fertigstellen ohne Zeitverlust und ohne schwierige Vorbereitung, sichere Fixierung, erleichterte Revision der Wunden, Verhütung von Gelenkversteifungen, einfache Herstellung, selbst für Ungeübte, Ersparung des Polstermaterials und der gewöhnlich mitgeführten Schienen, wodurch in dem Sanitätswagen viel Raum gewonnen wird, der durch Gipsbinden zweckmäßig ausgefüllt werden kann. (D. m. W. 1915 Nr. 5.)

Zur Desinfektion des Operationsfeldes mit Jodtinktur oder anderen Arzneimitteln. Von J. Schumacher (Berlin). Verf. war bemüht, bei nicht vorhandener Jodtinktur einen Ersatz zu schaffen unter Zuhilfenahme von Medikamenten, die zu unserem therapeutischen Schatz gehören. Er verwendet dazu die alkoholischen Lösungen von Jodkalium und Ammoniumpersulfat. Man stellt sich zweckmäßig folgende zwei Lösungen her oder hält sie sich vorrätig:

L. Rp.

Kal. jodati 2,0

Aquae

Spiritus aa 5,0

II. Rp.

Ammoniumpersulfat 2,0

Aquae

Spiritus aa 5,0

Man taucht ein mit einem Wattebausch armedes Stäbchen in die erste Lösung und bestreicht damit die Haut. Mit einem

anderen, in die zweite Lösung getauchten bestreicht man alsdann die vorher behandelte Fläche. Der Jodanstrich, der sofort entsteht, ist in den ersten 2 Sekunden noch hellgelb, sobald jedoch die Umsetzung zu Ende ist, was nach 50 Sekunden der Fall ist, ist der Anstrich von dem mit Jodtinktur gemachten nicht mehr zu unterscheiden. Ein Mischen der beiden Flüssigkeiten empfiehlt sich nicht, da hierbei ein alkoholunlöslicher Niederschlag entsteht, was aber weiter den Gebrauch der betreffenden Flüssigkeiten zur Jodierung der Haut nicht stört. Nur dauert hierbei die Entstehung der Jodtinktur längere Zeit, im Gegensatz zum Gebrauch von Jodicum, wo diese beim Vermischen momentan entsteht.

(D. m. W. 1915 Nr. 8.)

Ein Beitrag zur Händedesinfektion. Von Dr. Hübler (München). Verf. wendet Afridolseife seit vielen Monaten mit bestem Erfolg in der Sprechstunde zum Selbstschutz (Händedesinfektion) an und hat sie auch bei kleineren chirurgischen Eingriffen, vor allem bei Behandlung der Furunkulose, verschiedener Akneformen und der Seborrhoe schätzen gelernt. Die Afridolseife gibt einen kräftigen, zähsteifen Schaum, den Verf. trocken so lange verreibt, bis er gänzlich in die Haut eingedrungen ist. Die Hand trägt dann quasi einen dünnen, desinfizierenden und doch geschmeidigen, dabei völlig geruchlosen Schutzüberzug, der vor Infektion schützt. Mit Wasser ist dieser sofort wieder entfernbar, ohne daß die Hände schlüpfrig bleiben. Bei gonorrhoeischen Erkrankungen läßt Verf. die Patienten die Reinigung der Hände und Genitalien stets mit Afridolseife vornehmen, außerdem möchte er noch darauf hinweisen, daß bei langen Märschen das sogen. Wundlaufen bei korpulenten Leuten sich durch Waschungen mit Afridolseife prompt beheben läßt. Das quälende Jucken und die Entzündungserscheinungen inter pedes lassen sofort nach. Bei den zurzeit enormen Marschleistungen unserer Truppen mit unvermeidlichem Wundlaufen dürfte dieser Hinweis für die Militärärzte von Interesse sein. Es ist Verf. keine andere Seife mit gleich hoher Desinfektionskraft bekannt, die sich analoger Reizlosigkeit rühmen könnte.

(D. m. W. 1915 Nr. 7.)

Ersatz des Rasierens beim Verbinden von Verwundeten. Von Dr. Martin Kuznitzky, Stabsarzt d. Res. und Regimentsarzt des Lothringischen Fußart.-Regts. Nr. 16. In allen Fällen, in denen es erforderlich ist, die Umgebung von Wunden in möglichst schonender Weise gänzlich von Haaren zu befreien, insonderheit an Körperstellen, die dem Rasieren schon an und für sich Schwierigkeiten bereiten (Achseln, Damm, Anus, Skrotum), dann aber auch

besonders bei Kopfschuß mit Impression von Knochenteilen empfiehlt Verf. die Depilation mit dem verhältnismäßig ganz reizlosen Enthaarungspulver Dulmin (Chemische Fabrik Dr. Albersheim-Frankfurt a. M.). Dasselbe besteht aus: Stront. sulfurat., Zinc. oxydat., Farina tritic., Parfum qu. s. Das Pulver wird mit etwas Wasser zu einem Brei von der ungefähren Konsistenz eines Gipsbreies angerührt, so daß er auf der Haut nicht mehr fließen und nicht versehentlich in die Wunden gelangen kann. Die zu entfernenden Haare werden zweckmäßigerweise zunächst mit der Schere etwas gestutzt, sodann trägt man den Brei mit einem Spatel oder dergl. auf die Haut auf und bringt ihn in innigen Kontakt mit derselben. Je nach Stärke der Haare läßt man den Brei nun 5, 6, 8 Minuten (die man so für andere Verwundete frei bekommt) einwirken und kann dann Brei und Haarstoppeln mit angefeuchteter Watte einfach glatt abwischen. Auch in der dermatologischen Therapie (in Friedenszeiten) hat Verf. übrigens das Dulmin wegen seiner Bequemlichkeit und relativen Reizlosigkeit schon gerne angewandt und anwenden lassen, so z. B. bei Ped. pub. und besonders zum Ersatz des Rasierens bei Behandlung der Furunkulose, speziell der Nackenfurunkulose.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 5.)

Lenicet bei der Wundbehandlung. Von Oberarzt Dr. med. Hilfrich am Kgl. Invalidenhaus, Berlin. Es kommt die Anwendung des Lenicets in der Wundbehandlung vorwiegend bei solchen Wunden in Betracht, die schon vereitert sind oder bei denen infolge der Verschmutzung eine Eiterung mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Hier leistet das Lenicet Gutes und ist in den meisten Fällen der Anwendung der gewöhnlichen flüssigen essigsauen Tonerde vorzuziehen. Mit besonderer Vorliebe verwendet Verf. auch das Perulenicetpulver, da durch den Perubalsamzusatz die Heilungstendenz angeregt wird. Verf. ist der Ansicht, daß bei unserer Wundbehandlung der Perubalsam noch nicht die gebührende Verbreitung gefunden hat. Seitdem er vor Jahren einmal eine in einem Fabrikbetrieb bis auf die Knochen zerfetzte Hand, bei der man schon an eine Aputation denken mußte, unter Anwendung einfacher Perubalsamsalbenverbände in ganz überraschend kurzer Zeit heilen sah, pflegt er insbesondere bei unregelmäßigen und schlecht heilenden Wunden mit Vorliebe Perubalsampräparate anzuwenden. Die Kombination von Lenicet und Perubalsam hat sich Verf. bewährt, und zwar sowohl in der Form des Perulenicetpulvers als auch in der Form der Perulenicetsalbe.

(M. Kl. 1915 Nr. 7.)

Ein Beitrag zur rationellen Behandlung von Hautabschürfungen und Verbrennungen zweiten Grades. Von Dr. Kurt Lossen (Frankfurt a. M.). „Nach Ausführung einer Transplantation ergriff ich, um die Hautentnahmestelle zu verbinden, irrtümlich statt der Airolbüchse die Tannoformbüchse und bestreute die leicht blutende Hautpartie mit deren Inhalt. Bei dem Versuch, das Tannoform zu entfernen, stellte es sich heraus, daß es an den Stellen, an denen Blutungen waren, nur sehr schwer zu beseitigen war, und daß da, wo ich es nicht entfernte, die Blutung vollkommen stand. Ich verband und sah die Stelle nach etwa 2 Tagen wieder nach und fand auf der vollkommen reaktionslosen Haut an allen Stellen, wo die Haut serös exsudiert hatte, einen vollkommen festen, harten, schwarzen Schorf, welcher sich nur unter heftigen Schmerzen und Blutung wieder entfernen ließ, der sehr an eine trockene Gangrän erinnerte. Da der Entfernungsversuch sehr schmerzhaft war, so ließ ich abwartend die Sache ihren Weg gehen und fand, daß sich nach kurzer Zeit der Schorf abstieß, in dem Moment offenbar, wo sich darunter die Haut genügend widerstandsfähig neu gebildet hatte, denn es kam darunter eine ganz glatte, glänzende frischrote Narbe zutage, wogegen überall da, wo der Schorf noch teilweise haftete, der Versuch der Entfernung Schmerzen und Blutung verursachte, ein Zeichen, daß die Neubildung noch nicht genügend vorgeschritten war. Durch diesen Zufallserfolg angeregt, behandelte ich in der nächsten Zeit alle nässenden Hautabschürfungen und vor allem geöffnete Brandblasen durch Aufstreuen von Tannoform und stets mit dem gleichen Resultat, wenn die Verletzung nicht infiziert war. Abwaschen mit Alkohol, Aether und Kochsalzlösung, auch mit Hydrargyrum oxycyanatum störten die Schorfbildung nicht, jedoch glaube ich dem Sublimat und Sublamin eine der Schorfbildung hinderliche Wirkung zuschreiben zu müssen. Bei allen den angegebenen Verletzungsarten haftete der Schorf fest und trocken auf der Unterlage und schützte dieselbe vor mechanischen Insulten schon nach dem ersten Verband, den man nach 1—2 Tagen fortlassen konnte; nur mußte der Schorf die ersten Tage vor Feuchtigkeit geschützt werden. Bei den Brandblasen, welche man häufig bei der Heißluftkastenbehandlung bei Patienten findet, welche besonders gewissenhaft sein wollen und die Temperatur zu hoch nehmen, muß man 2—3 Tage abwarten, bis man die Behandlung fortsetzt, denn die Stellen sind gegen hohe Temperaturen sehr empfindlich und fangen sofort an zu nässen, wodurch der Schorf gelöst wird. Vor allem war der Schmerz bei allen derartigen Verletzungen, sobald der Schorf haftete, ganz verschwunden oder nur ganz gering; sogar Berührungen wurden

nicht schmerzhaft empfunden. Ferner benutzte ich die Tannoformbestreuung auf allen glatten, nichtinfizierten Nähten und auch auf solchen Wunden, welche nach Desinfektion durch Jodeinpinselung auf die Wundfläche und folgender Naht geschlossen wurden, fast ausnahmslos mit dem Erfolge einer sehr schnellen primären Heilung. So hatte ich mir beim Abrutschen der Hand den kleinen Finger auf der Dorsalseite an einer Blechkante bis auf die Sehne von einer Seite bis zur anderen durchschnitten, so daß eine schräge, 2 cm lange, bogenförmige, schräg von hinten nach vorn verlaufende, 1 cm tiefe Lappenwunde klaffte. Dieselbe habe ich nur mit Jod ausgepinselt und unter Tannoform und Kompression durch eine Aluminiumdrahtgazerinne gesichert und nach 4 Tagen eine absolut reaktionslose feste Konsolidation erzielt, so daß der Verband vollkommen fortgelassen werden konnte, trotzdem durch Ausübung von Massage die Hand angestrengt wurde. Ich glaube dieses Verfahren nach meinen günstigen Erfahrungen der Praxis zur Nachprüfung empfehlen zu können und glaube, daß es vor allem bei Brandblasen und Hautabschürfungen vielen Patienten viele Schmerzen ersparen wird.“

(M. m. W. 1915 Nr. 9.)

Ueber Streifschüsse an der Schädelkapsel. Von Dr. Noehte
(Aus dem Feldlazarett 11, IV. Armeekorps).

1. Streifschüsse der Schädelkapsel durch Gewehrprojekteile (Schrappnellkugeln und Granatsplitter mögen wegen ihrer geringeren Rasanz anders wirken) sind meistens mit organischen Veränderungen des unter der Wunde liegenden Gehirnteiles verbunden.

2. Wenn die Streifschüsse die motorische Region affiziert haben oder eine andere Gegend mit greifbaren peripherischen Störungen (Nystagmus, Sprachstörung usw.), so kann man die Gehirnveränderung objektiv feststellen.

3. Die Streifschüsse machen aber nicht nur lokale Erscheinungen, sondern, wie die klinische Beobachtung lehrt, auch Störungen allgemeiner Art, Puls- und Temperaturanomalien, Apathie.

4. Die Feststellung der unter Nr. 2 u. 3 genannten Störungen ist wichtig für die Behandlung und zur richtigen Beurteilung von später bleibenden nervösen Beschwerden, welche Versorgungsansprüche bedingen können.

5. Die Streifschüsse der Schädelkapsel dürfen also nicht als leichte Verwundungen behandelt werden, sondern bedürfen der Bettruhe und klinischer Beobachtung.

6. Die Frage nach der Dienstfähigkeit von Leuten, die einen Streifschuß am Kopf erhalten haben, läßt sich nicht generell beantworten. Wenn alle Beschwerden und alle objektiven Erscheinungen einer Gehirnverletzung verschwunden sind, so brauchen keine Bedenken gegen den Wiedereintritt in die fechtende Truppe geäußert zu werden. (D. m. W. 1915 Nr. 8.)

Zur Behandlung und Beurteilung infizierter Gelenk- und Knochenschüsse. Von Prof. Dr. H. v. Haberer (Aus der chirurgischen Klinik in Innsbruck).

1. Jeder Knochen- und Gelenkschuß ist primär einfach mit einem sterilen Deckverbande zu versehen, und die betreffende Extremität ist durch zweckmäßige Schienung ruhigzustellen.

2. Bei infizierten Schüssen der Knochen und Gelenke ist durch mehrfache, aber kleine Inzisionen für guten Abfluß des Eiters zu sorgen, bei der Drainage sind Gazestreifen zu vermeiden und ausschließlich Gummidrains anzuwenden.

3. Als Spülflüssigkeiten bei dickem Sekret eignen sich Wasserstoffsuperoxyd und Formalin, letzteres in 1 bis 4% iger Lösung.

4. Gleichzeitige Knochenverletzungen sind zunächst ein noli me tangere! Jede Sondierung ist zu unterlassen, weil sie nur schaden kann! Eine Kontrolle darf ausschließlich durch das Röntgenverfahren geübt werden.

5. Bei Brüchen mit starker Verschiebung ist die Extension das beste Verfahren, welche an der untern Extremität als Extension in Semiflexion und Suspension angelegt werden soll.

6. Auf die Entwicklung sekundärer Senkungsabszesse, die sich durch Fieber und Schmerzhaftigkeit ankündigen, ist genauestens zu achten, sie sind am tiefsten Punkte zu inzidieren.

7. Auf diese Weise erhalten wir viele Extremitäten und können die Amputationen auf ein Minimum einschränken.

8. Gelenkversteifungen sind sekundär zu behandeln. Dabei kommen die gewöhnlichen orthopädischen Maßnahmen, gelegentlich die Mobilisierung der Gelenke durch Interposition von Faszie in Betracht.

9. Es ist selbstverständlich, daß Geschosse nur zu entfernen sind, wenn sie ihrer Lage nach Störungen hervorrufen.

(M. Kl. 1915 Nr. 7.)

Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel bei chirurgischer Tuberkulose. Von Dr. R. Mühsam und Dr. E. Hayward (II. Chir. Abteil. des Krkhs. Moabit in Berlin). Schädigungen mannigfacher Art stehen keine Vorteile in bezug

auf Heilungsaussicht gegenüber. Das Mittel ist ungeeignet zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.

(Ther. d. Gegenw., Juni 1914.)

Die Ausschälung der Gaumenmandel und ihre Bedeutung.
 Von Dr. E. Glas, Priv.-Doz. in Wien. Während bei Kindern die Hypertrophie des Organs die Hauptindikation zur Ausschälung ist, sind es bei Erwachsenen primäre Erkrankungen des Organs, welche hierbei in Betracht kommen. So der rezidivierende Halsabszeß (Peritonsillitis). Außer dieser lokalen Erkrankung sei noch besonders auf die Tonsillarpfröpfe und die Tonsillarsteine hingewiesen, welche, tief in den Lakunen steckend, den Patienten oft starke Beschwerden verursachen und nicht selten die Ursache eines üblen Mundgeruchs sind. Hat in derartigen Fällen die Sonde eine besondere Tiefe der Lakunen aufgedeckt, so ist zur Behebung dieser Beschwerden das konservative Verfahren meistens gleichfalls ohne Dauererfolg, so daß die chirurgische Ausschälung der Gaumenmandeln auch in diesen Fällen indiziert erscheint. Tonsillarschanker und solitäre Erkrankungen der Tonsillen wären gleichfalls in das Indikationsgebiet der Tonsillektomie einzubeziehen. Hieran schließt sich die große Gruppe von Allgemeininfektionen, deren primärer Herd bzw. Eintrittspforte dem lymphoiden Gewebe der Tonsille angehört. Hierzu gehört die große Gruppe rheumatischer Affektionen, die mit anginösen Beschwerden beginnt. Zahlreiche in diese Gruppe gehörige Fälle wurden durch Exstirpation der Tonsille entweder wesentlich gebessert oder sogar vollkommen geheilt, so daß stets, besonders bei hartnäckigen rheumatischen Affektionen, auf die Mitaffektion des lymphatischen Schlundrings Bedacht zu nehmen ist, um event. durch entsprechende Eingriffe von hier aus therapeutisch einzuwirken. Erst auf der letzten Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien hat Prof. Paeßler (Dresden) in seinem Vortrage „Sind die sogen. Diathesen Konstitutionsanomalien?“ auf die besondere Wichtigkeit der tonsillaren Eintrittspforte hingewiesen und Beweise dafür zu erbringen gesucht, daß eine große Reihe der sogen. Manifestationen der Diathesen durch die Beseitigung der Infektionsquelle sich gleichfalls beseitigen lasse. So behauptet er, daß seine Beobachtungen ihn zwingend zu dem Ergebnisse führen, daß die Grundlage der Diathesen nicht in einer konstitutionellen Abweichung zu suchen ist, daß vielmehr die scheinbare Konstitutionsanomalie nur der Ausdruck einer stets nachweisbaren chronischen Infektion vom Typus der chronischen Tonsillitis ist. Wenn auch die Ausführungen dieses Autors vielfach Widerspruch erweckten, so ist doch zumindestens die Richtigkeit seiner Anschauung in bezug auf eine große Anzahl von Fällen

nicht zu bezweifeln. Von andern Autoren wurde die Tonsille als Eintrittspforte für die Poliomyelitis acuta, in nicht wenigen Fällen auch für die Perityphlitis, für die Endokarditis, Nephritis usw. erklärt, so daß aus den Angaben der allgemeinen Literatur weniger eine Bedeutung der Tonsille als Schutzorgan, als vielmehr meistens als Eintrittspforte für die Infektionserreger hervorgeht. Auch Verf. verfügt über Krankengeschichten, welche in so manifester Weise die Beeinflussung des Allgemeinleidens durch die Tonsillenexstirpation erkennen lassen, daß es rationell erscheint, auch bei derartigen Affektionen die Tonsille auf das genaueste zu untersuchen bzw. die Frage der Tonsillektomie in ernste Erwägung zu ziehen. So sei eines Falles Erwähnung getan, welcher den Bruder eines Arztes betrifft, der durch Wochen ein kontinuierliches Fieber mit allgemein septischen Erscheinungen hatte, ohne daß man durch die Untersuchungen irgendwie die Ursache dieser Allgemeininfektion aufzudecken in der Lage gewesen wäre. Der auf den vorderen Gaumenbogen ausgeübte Druck brachte nun ein wenig Eiter aus den Tiefen der Lakunen zum Vorschein, weshalb, da alle übrigen Momente den Patienten nicht zur Entfieberung gebracht hatten, die Exstirpation der Gaumenmandel ausgeführt wurde. 2 Tage nach ausgeführter Operation kam es zu einem kritischen Abfall des Fiebers und in der Folge zu voller Erholung. Die histologische und bakteriologische Untersuchung der Tonsillen erwies die durch Streptokokken und Staphylokokken bedingte Entzündung ihres Gewebes. Mit Rücksicht auf derartige Fälle mußte man bei verzweifelten septischen oder septiko-pyämischen Affektionen die chirurgische Ausschälung der Gaumenmandel in Erwägung ziehen und nach dem Versagen aller übrigen therapeutischen Maßnahmen trotz des Fiebers und trotz der schweren Allgemeinerscheinungen diesen radikalen Eingriff als Ultimum refugium betrachten und dem Patienten vorschlagen.

(M. Kl. 1914 Nr. 24.)

Heilung von Nabelschnurbrüchen auf konservativem Wege. Von Prof. Dr. Ahlfeld (Marburg). Gründliche Reinigung des Bruchsacks und der umgebenden Haut, Zurückdrängen des Inhalts in leichter Narkose, Bedeckung mit in Alkohol getränkter Watte und Einwicklung des ganzen Unterleibs mit eng anschließender Binde, die verhindern muß, daß auch beim Schreien die Bauchdecken auseinandergedrängt werden, nur alle paar Tage abgenommen und wieder angelegt werden soll, bis die Bauchränder sich vereinigt haben. Die Hebammen müßten in solchen Fällen den Arzt rasch rufen; je schneller nach der Geburt, desto besser. Es bleiben freilich Fälle, wo Operation geboten (zerrissene Hülle,

Verwachsung innerer Organe mit dem Bruchsack); bei sehr großen Nabelschnurbrüchen aber und wo chirurgische Hilfe fehlt, da ist obige Methode sehr zu empfehlen, die auch, wenn sie nicht zum Ziel führt, immerhin eine gute Vorbereitung für die Operation ist.
(Zbl. f. Gyn. 1914 Nr. 30.)

b) Innere Krankheiten.

Bei der **Behandlung der Cholera asiatica** richtete Dr. Rauch sein größtes Augenmerk zunächst darauf, daß dem Kranken ausgiebig Wärme zugeführt werde (Kataplasmen auf das Abdomen, Decken, gut geheizter Belagraum usw.); eine Pflege der Füße, die ausnahmslos oft tiefe Schnürfurchen zeigten und Stauungen aufwiesen, sowie deren Massage und Warmhaltung fand allgemeinsten Anklang. Als Diät gab Verf. in den ersten Tagen lediglich leichten russischen Tee mit etwas Kognak, Haferschleim, Gersten- oder Reisschleim. Für den quälenden Durst gekochtes, mit etwas Zitronensäure versetztes Wasser. Dieses stand stets zur Verfügung, doch wurde es nur in geringen Mengen jedesmal verabfolgt. Als medikamentöse Therapie brachte Verf. Opium, Tannin, Bolus alba und Bismuth. subnitr. in abwechselnder Reihe in Anwendung in der Absicht, durch die verschiedenen Angriffspunkte der einzelnen Medizinalwirkungen einen Kumulativverfolg zu erzielen. Von in Wasser gekochtem Kakao sah Verf. bald ab, da er bei manchen Ekel erregte. Symptomatisch kamen außerdem Digalen, Fol. digit., subkutane Injektionen von Coff. natr. benz. noch in Anwendung, bei starken Gastrogneuiusschmerzen gab Verf. Morphinum per os oder subkutan. Dies war im wesentlichen die eingeschlagene Therapie, deren Erfolge Verf. nicht bestimmen, im Wiederholungsfalle der Seuche anders vorzugehen, als er es getan habe. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 5.)

Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit Salvarsan. Von Prof. Dr. Lenzmann. (Aus dem Diakonissenhaus zu Duisburg.) Verf. hat 47 schwere Fälle mit Salvarsan behandelt. Zweifellos wird der Fieberverlauf durch Salvarsan abgekürzt; es gelingt, die Fieberkurve treppenförmig zu gestalten und bereits am 3. oder 4. Tage die Temperatur in die Abszisse 37—38 herunterzudrücken. Zweifellos ist ferner die günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens und der Angina necrotica. Verf. benutzt Neosalvarsan intravenös (bei kleinen Kindern event. intramuskulär) in kleinen Dosen (0,15), nötigenfalls nach 8—12 Stunden wiederholt. Bei Pat. von 8—15 Jahren bis zu 0,3. Dieselbe Dosis bei Erwachsenen. Besser, auch hier erst nur 0,15 zu geben; wird dies gut vertragen (kein Erbrechen, keine Diarrhœe, besseres

Allgemeinbefinden usw.), dann nach 12 Stunden noch 0,3. Keinesfalls mehr als 0,8 in 3 Tagen.

(Therap. d. Gewenw., Juni 1914.)

Beitrag zur Frage der Pathogenese und Therapie der postdiphtherischen Polyneuritis. Von Dr. G. L. Dreyfus und Dr. J. Schürer. (Aus der Med. Klin. des Städt. Krankenhauses und dem Hygien. Institut in Frankfurt a. M.) Nach leichter Diphtherie $\frac{1}{4}$ Jahr währende Polyneuritis, die heftige Schmerzattacken verursachte. 3 Monate nach der Infektion noch virulente Diphtheriebazillen im Rachenabstriche. Tonsillektomie. Völlige Änderung des Krankheitsbildes, die Symptome schwanden nach kurzer Zeit. Verf. glaubt, durch die Tonsillektomie (und Seruminjektion) den Erfolg erzielt zu haben, und rät, bei postdiphtherischen Lähmungen wiederholt Rachenabstriche zu machen, um zu sehen, ob noch Bazillen vorhanden sind. Aber auch bei negativem Befunde sollte man event. zur Tonsillektomie schreiten, allerdings erst längere Zeit nach Ablauf des akuten Stadiums. (M. Kl. 1914 Nr. 23.)

Zur diätetisch-pharmazeutischen Epilepsiebehandlung. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Eulenburg (Berlin). Empfehlung von „Bromotost“. Es sind das Zwiebacke von der für diese Backform üblichen Größe, die von der Konditorei F. W. Gumpert in Berlin hergestellt werden. Jeder dieser Zwiebacke entspricht einer Einzeldosis von 0,5 NaBr. und enthält daneben (wie auch die Sedobrolwürfel) nur noch geringfügige Quanten von NaCl, da bei ihrer Bereitung nur ungesalzene Butter zur Verwendung kommt. Nimmt man 3,0 als die bei erwachsenen Epileptikern durchschnittlich erforderliche Tagesdosis an, so würden 6 solcher Zwiebacke in entsprechender Tagesverteilung genügen, während in außergewöhnlich schweren Fällen allerdings wohl nicht selten 8 und selbst 10 Zwiebacke täglich verzehrt werden müßten. Preis eines Pakets mit 10 solcher bromsalzhaltigen Zwiebacke stellt sich auf 30 Pf. — das ergibt also unter den obigen Voraussetzungen einen täglichen Verbrauch von durchschnittlich 18 (im Höchsfalle 30) Pfennig, ziemlich ähnlich wie beim Sedobrol, wobei aber doch der so viel größere Nährwert der Zwiebacke noch zu berücksichtigen ist. Über Haltbarkeit und Geschmack des Zwiebacks auch nach längerer Aufbewahrung kann Verf. auf Grund eigener Erprobung nur Günstiges berichten. Sie sind, mit entsprechender Preisherabsetzung, auch in größeren Kartons zu 200 Stück erhältlich, so daß es keine Schwierigkeit hat, sich immer auf länger als einen Monat hinaus damit zu „verproviantieren“, und dürften sich somit zu weiteren Versuchen in der ärztlichen

Praxis als bequeme und leicht zugängliche Methode der Verbindung von Bromtherapie und salzarmer Kost, vielleicht abwechselnd mit der Sedobrolbehandlung oder neben dieser, besonders empfehlen. Natürlich können sie auch, abgesehen von der Epilepsiebehandlung, zu rein sedativen Zwecken der Bromsalztherapie Anwendung finden.

(M. Kl. 1914 Nr. 12.)

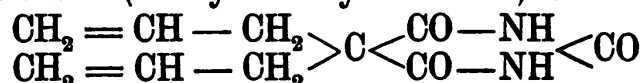
Das Anwendungsgebiet des Hydropyrin-Grifa auf neurologischem Gebiete. Von Dr. Kempner (Aus der Nervenklinik des Prof. Dr. Schuster in Berlin). Hydropyrin ist das Lithiumsalz der Acetylsalizylsäure von der Formel:



Es ist ein weißes, schwach sauer schmeckendes Pulver, welches nach den im Jeserichschen Laboratorium angestellten Versuchen sehr leicht löslich in Wasser ist und vor allen Dingen frei ist von freier Salizylsäure. Es enthält durchschnittlich 92 % Lithiumacetylsalizylat, 6 % Lithiumsalizylat, 1 % Essigsäure und 1 % Wasser. Zu dem Vorzuge der leichten Löslichkeit in Wasser, welches ein bequemes Einnehmen des Mittels gestattet, kommt die rasche Resorbierbarkeit. Zu den Vorzügen des Hydropyrins vor anderen Salizylpräparaten ist weiterhin zu rechnen die Schonung der Nieren und das Ausbleiben einer schädigenden Wirkung auf das Herz, selbst in größeren Tagesgaben von 5—7 g. Damit ist die Ueberlegenheit des Hydropyrins Grifa vor allen anderen Salizylpräparaten erwiesen. Dabei treten die Wirkungen der Salizylsäure bei Hydropyrin ebenso prompt ein wie bei den übrigen Präparaten. Das Anwendungsfeld des Hydropyrins ist naturgemäß ein äußerst umfangreiches. In erster Reihe sind diejenigen Krankheitszustände zu nennen, bei welchen das Salizyl als spezifisches Mittel bekannt ist. Dazu gehört der akute und chronische Gelenkrheumatismus. Zweitens ist das Hydropyrin bei allen fieberhaften Zuständen zu verwenden. Ebenso erzielte Verf. günstige Resultate bei gichtischer Neuralgie und Neuritis. Verf. kann sagen, daß das Hydropyrin in seinen 20 Fällen verschiedenster Art niemals versagt hat. Erprobt hat er es, abgesehen von den Fällen gichtischer Diathese, bei Migräne, Neuralgie und Neuritis nichtgichtischen Ursprungs, speziell bei Trigemineuralgie, Okzipitalneuralgie und Ischias, beim neurasthenischen Kopfschmerz, ferner bei den Athritiden der kleineren Gelenke, speziell der so oft auch bei Gicht ergriffenen Gelenke des Metacarpus und Metatarsus, endlich bei Lumbago und bei den lanzierenden Schmerzen der Tabiker.

(M. Kl. 1914 Nr. 19.)

Ueber Dial-Ciba (Diallylbarbitursäure), ein neues Hypnotikum. Von Dr. W. Zuelchaur (Aus dem Dr. Muchaschen Sanatorium für weibliche Gemüts- und Nervenranke in Berlin-Buchholz). Nach Angabe der Fabrik ist Dial-Ciba chemisch Diallylbarbitursäure (Diallylmalonylharnstoff) von der Formel



Dial-Ciba steht also in bezug auf seine Konstitution mit Ausnahme seiner ungesättigten Natur (2 Doppelbindungen) den bekannten, als Schlafmittel benutzten Derivaten der Barbitursäure, wie Veronal (Diäthylbarbitursäure), Luminal (Phenyläthylbarbitursäure) usw. nahe. Das Dial ist, wie Verf. aus seinen Versuchen schließt, ein Hypnotikum und Sedativum, das sich bezüglich seiner Wirksamkeit den anderen neueren Präparaten dieser Art als durchaus gleichwertig an die Seite stellen läßt, ja sogar in viel kleineren Dosen die gleiche Wirkung entfaltet wie sie, besitzt aber infolge seines billigeren Preises eine bei weitem größere Anwendungsmöglichkeit. Die geeigneten Dosen sind bei leichteren Fällen von Schlaflosigkeit 1—1½ Tabletten eine halbe Stunde vor dem Zubettgehen, bei schwereren Fällen oder bei Psychosen als Schlafmittel 2—3—4 Tabletten, bei letzteren als Sedativum gegen leichtere Unruhezustände 3 mal täglich eine Tablette, gegen schwerere Erregungszustände 2—3 Tabletten als einzelne Gabe event. wiederholt. Sollte sich bei längerdauerndem Gebrauch des Präparates die Wirksamkeit des Dials vermindern, so empfiehlt es sich, das Mittel für einige Tage auszusetzen, da nach einer Pause von wenigen Tagen wieder die volle Wirkung des Dial-Ciba hervortritt. Schädliche Nebenwirkungen sind bei der angegebenen Dosierung des Präparates nicht zu fürchten.

(D. m. W. 1914 Nr. 19.)

Beitrag zur Wirkung des Digifolin-Ciba, eines neuen Digitalispräparates. Von Dr. J. Friedeberg (Berlin). Das Digifolin kommt in Tablettenform à 0,1 und in Ampullenform à 1 ccm in den Handel, sodaß jede Tablette à 0,1 bzw. der Inhalt einer Ampulle à 1 ccm 0,1 g Folia digitalis tit. entspricht; ferner läßt sich das Präparat in derselben Dosierung wie Folia digitalis als wäßrige Lösung verordnen, ungefähr in der Weise:

Rp. Digifol. c. Sacch.	1,0
Sir. spl. oder Cognac	10,0
Aqua destillata	ad. 200,0

S. eßlöffelweise zu nehmen.

Seit August vorigen Jahres hat Verf. das Digifolin in etwa 60 Fällen ambulanter Praxis teils oral, teils subkutan angewandt

und möchte nicht unterlassen, die überaus günstigen Resultate an dieser Stelle zu berichten. In der Mehrzahl der Fälle hat Verf. die stomachale Darreichung bevorzugt und kann bestätigen, daß das Mittel gern genommen, häufig direkt wieder verlangt und ausnahmslos gut vertragen wurde. Die Herzwirkung stand in keiner Weise einem *lege artis* mit titrierten Digitalisblättern angefertigten Infusum und den anderen Digitalispräparaten nach, wirkte im Gegenteil manchmal da noch prompt, wo andere Mittel versagt hatten. Als Anwendungsgebiet kamen akute und chronische Endokartitiden, dekompensierte Herzfehler mit Stauungserscheinungen, Myocarditis, Asthma cardiale, kurz alle diejenigen Fälle in Betracht, in denen Digitalis überhaupt indiziert ist. Mit Verkleinerung des Herzens, Verlangsamung und Kräftigung des Pulses, Erhöhung des Blutdrucks setzt sehr bald eine kräftige Diurese ein, die für das Mittel geradezu charakteristisch zu sein scheint. Aus diesem Grunde ist das Präparat auch besonders für die Fälle indiziert, bei denen eine Komplikation vonseiten der Nieren vorliegt. Tatsächlich konnte sich Verf. auch in diesen Fällen von der guten diuretischen Wirkung überzeugen. Nun gibt es aber zweifellos Fälle von Herzinsuffizienz, die sich gegen die orale Therapie refraktär verhalten. Das sind die Formen, bei denen die intravenöse Strophanthintherapie Triumphe feiert. Bei dieser Form ist aber das Digifolin in seiner subkutanen Anwendung der intravenösen Injektion, die in der Privatpraxis auf begreifliche Schwierigkeiten stößt, seiner bequemen und doch gleichwertigen Applikation wegen vorzuziehen, wie Verf. eklatant in einem Falle schwerer Myocarditis bei Schrumpfniere gesehen hat. Nach seinen Erfahrungen liegt das Optimum der Wirkung bei 4—5 mal täglich 1 Tablette von 0,1; während subkutan wohl 1—3 Ampullen nötig sind. Die Injektionsstelle ist leicht gerötet und gelegentlich eine kurze Zeit etwas schmerzhaft.

D. m. W. 1914 Nr. 17.)

Behandlung der Polyarthritidis rheumatica acuta mit intramuskulären oder subkutanen Injektionen von Pyralgin (Melubrinlösung). Von Dr. M. Pataki (Wien). Nach vielfachen mühsamen und langwierigen Versuchen ist es Dr. v. Kusy — Chef der Apotheke Kremel — gelungen, eine vollkommen sterile, klare und haltbare Lösung in Ampullen abgeteilt herzustellen. Mit Berücksichtigung der antipyretischen und analgetischen Wirkung hat Verf. die Injektion mit einiger Freiheit „Pyralgin-Injektion“ benannt. Während die wäßrige Lösung dieses Antipyridinderivates, verwendet an der Abteilung des Prof. Loening, nicht haltbar war, 2. in der Resorption vieles zu wünschen

übrig ließ, 3. der unerläßlichen Vorbedingung einer Injektionsflüssigkeit, nämlich der Sterilisierungsmöglichkeit, ohne Veränderungen zu erleiden, nicht entsprach, ist die Ueberlegenheit der Pyralgin-Injektion ohne weiteres einleuchtend, da diese 1. unbegrenzt haltbar, 2. prompt resorbierbar, 3. vollkommen steril ist, so daß bei Erhaltung der geschilderten ausgezeichneten Wirkungen in der Pyralgin-Injektion eigentlich erst in technisch einwandfreier Weise die Injektionsanwendung dieses Antipyrinderivates möglich ist. Die Pyralgin-Injektionen werden in Ampullen von 5 und 2 ccm streng steril hergestellt. Die Ampullen zu 5 ccm enthalten 2,5 g, jene zu 2 ccm 1 g des genannten Antipyrinderivates, 1 ccm Wasser der Injektion enthalten: $\frac{1}{2}$ g Natriumsalz des amidomethansulfonsauren Antipyrins, 0,00275 Natrium chlorat, 0,00025 Calcium chlorat., 0,0005 Traubenzucker. Die Pyralgin-Injektion kann intramuskulär in die Glutäusmuskulatur, in den Oberschenkel (Rectus femoris), aber auch subkutan in den Oberschenkel, die Wade injiziert werden, verursacht keine lokale Schmerzempfindung und wird prompt resorbiert, setzt die Temperatur lytisch herab, 5—6 Stunden anhaltend, und wirkt nach etwa 20 Minuten schmerzstillend: also eine antipyretische und analgetische Injektion. Die Anwendung der Pyralgin-Injektionen ist indiziert bei Polyarthrits rheumatica acuta 3 mal täglich je eine Phiole von 5 ccm, in schweren Fällen 4—5 Phiole im Tage. Weiter bei chronischen Gelenk- und Muskelrheumatismen. In diesen Fällen genügen die 2 ccm-Phiole 1—2 mal täglich.

(D. m. W. 1914 Nr. 17.)

Ueber die Behandlung bei gleichzeitiger Erkrankung an Gicht und Diabetes. Von Prof. Carl v. Noorden (Frankfurt a. M.). Verf. hat schon lange den Versuch gemacht, mit den alten Traditionen zu brechen und den Diabetes bei der diätetischen Behandlung in den Vordergrund zu schieben, d. h. es wurde ebenso wie in reinen Fällen von Diabetes zunächst sorgfältig die Toleranz für Kohlehydrat bestimmt, und dann wurde ein anti-diabetisches Regime durchgeführt mit der Tendenz, nicht nur die Glykosurie, sondern vor allem auch die Hyperglykämie zu beseitigen. Die Gicht wurde nur insoweit berücksichtigt, als die gesamte Fleischzufuhr klein blieb und nur die inneren drüsigen purinreichen Teile der Tiere völlig ausgeschaltet wurden (Leber, Thymus, Pankreas, Milz, Nieren), ebenso starke Beschränkung oder Ausschluß von Alkohol. Wenn dies alles ordnungsgemäß durchgeführt wird, verschwindet die Glykosurie meist sehr bald, oft schon nach 2—3 Tagen, wie es in leichten Fällen von Diabetes die Regel ist. Aber die Hyperglykämie bleibt auffallend

lange bestehen, viel länger als bei einfachem Diabetes. Man weiß ja freilich jetzt, daß die Hyperglykämie des Diabetikers fast immer den Zuckergehalt des Urins überdauert. Bei der Kombination mit Gicht muß man aber oft 4—5 Wochen nach völligem Verschwinden der Glykosurie warten, bis die Hyperglykämie beseitigt ist. Mit dieser Methode wurden vortreffliche Erfolge erzielt, oft gelang es, hartnäckige Neuralgien, namentlich Ischias, in wenigen Wochen völlig zu heilen, wo vorher Monate und Jahre hindurch Thermalbäder, Elektrizität, Medikamente, antigichtische Diät nur vorübergehende Besserung gebracht hatten. Man braucht nicht fürchten,

1. daß die spezifisch gichtischen Erscheinungen sich verschlimmern (Gelenkleiden, Tophi). Die Erfahrung spricht dagegen;
2. daß etwaige Albuminurie steigt und Nephritis zu gefährlichen Graden sich auswächst. Verf. hat im Gegenteil zu berichten, daß die krankhaften Erscheinungen, Nierensymptome, sich unter dem antidiabetischen Regime wesentlich besserten.

Auf Grund der tatsächlichen Erfolge soll man bei der Kombination Gicht-Diabetes nicht viel Zeit verlieren mit „antigichtischer Diät“, die die Hyperglykämie sicher nicht bessert, eher verschlimmert; noch weniger soll man sich ausschließlich auf die physikalischen Heilmethoden verlassen, die nur vorübergehend helfen. Dagegen soll man:

1. die Glykosurie berücksichtigen, aber nicht nur diese, sondern auch die Hyperglykämie völlig beseitigen.
2. Man soll in zweiter Linie auch die physikalischen Heilkräfte heranziehen. Sie sind wertvolle Nebenfaktoren. Sie wirken am günstigsten, wenn vorher durch die diätetische Behandlung die Hyperglykämie beseitigt ist. Wenn man beides zeitlich vereinigt, z. B. in manchen Kurorten, lassen die Erfolge meist vieles zu wünschen übrig. Dies ist erklärlich; die Glykosurie ist verschwunden, aber nicht die Hyperglykämie. Die Pat. gebrauchen die Bäder usw. zu einer Zeit, wo der toxische Faktor noch nicht ganz erloschen ist. Die diätetische Behandlung sollte der physikalischen zeitlich vorangehen.

3. Nachdem im ersten Teil der diätetischen Behandlung alle Aufmerksamkeit darauf gerichtet war, die Glykosurie und Hyperglykämie zu beseitigen, soll auch ferner — wenn irgend möglich — die Kost so gestaltet sein, daß Glykosurie ausbleibt. Dies pflegt nicht schwer zu sein, da es sich ja fast immer um leichtere Formen von Diabetes handelt, die zwar eine Beschränkung, aber keinen völligen Ausschluß, der Kohlehydrate erfordern. Die mehrwöchige strenge Diät hat in der großen Mehrzahl der Fälle die

Toleranz so gehoben, daß eine gewisse Menge Kohlehydrat gut vertragen wird. Um einerseits dem Wiedererscheinen der Hyperglykämie, andererseits etwaiger Urikämie Rechnung zu tragen, wird allwöchentlich mindestens ein purin- und gleichzeitig kohlehydratfreier Tag eingeschaltet (etwa entsprechend den vom Verf. beschriebenen Gemüse-Eier-Tagen).

Von Zeit zu Zeit aber, etwa jeden 2. Monat, wird eine je 2 wöchige purinfreie Periode verordnet. Man wird oft nicht umhin können, während dieser Zeit mehr Kohlehydrate zu gestatten, als der Pat. verträgt. Das schadet aber erfahrungsgemäß nichts. Die kurzdauernde Hyperklykämie von 2 Wochen bringt keine Gefahr und wird sicher keine Komplikationen hervorrufen. Die Rückkehr zum antidiabetischen System beseitigt sie bald wieder. Auf diese Weise werden beide Diathesen genügend berücksichtigt. In Fällen, wo ausnahmsweise beide Krankheiten stark entwickelt sind, wechselt man am besten alle 2 Wochen die Kostordnung, etwa in folgender Weise: 2 Wochen antidiabetische Kost, mit beschränkter Fleischzufuhr. Einschaltung von 2—4 Gemüse-Eiertagen in diese Periode, 2 Wochen fleischlose Kost mit zirka 60—100 g Kohlehydrat. Einschaltung von wöchentlich 1—2 Gemüsetagen. — Der Turnus beginnt von neuem. — Zum Schluß sei noch auf die Erfahrung hingewiesen, daß Gichtiker, die gleichzeitig diabetisch sind, alle Kolchikum-Präparate schlecht vertragen. Verf. beobachtete, selbst nach kleinen Dosen, öfters völlige Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Erbrechen, Durchfälle, beschleunigte und schwache Herzaktion, allgemeines Schwächegefühl. Die Erscheinungen dauerten mehrere Tage an. (Ther. Mh. 1914 Nr. 5.)

Die Behandlung der Adipositas universalis mit Leptynol.
 Von Dr. E. Vogt (Aus der Kgl. Frauenklinik Dresden). Vor einiger Zeit hat Kauffmann zur Behandlung der Fettsucht das Leptynol empfohlen und damit ein ganz neues Prinzip in die Behandlung der Adipositas eingeführt. Das Palladium-Hydroxydul wirkt im Körper als positiver Katalysator, die Oxydationsvorgänge, die darniederliegen, werden angeregt, dadurch wird die chemische Energie, der Stoffwechsel, gesteigert. Um Reizerscheinungen an der Injektionsstelle sicher zu vermeiden, muß man sich genau an die Vorschriften von Kauffmann halten. Die auf 45° erwärmte, gut umgeschüttelte Lösung wird mit einer trockenen Rekord-spritze in das Fett des Panniculus adiposus mindestens 2,5 cm tief, langsam injiziert. Tief unter der Haut muß das Leptynol deponiert werden, andernfalls können entzündliche Infiltrate auftreten durch ektogene Sekundärinfektion oder Verfärbung der Haut infolge von Hämolyse, oder aber die injizierte Flüssigkeit

drückt sich bald wieder, besonders bei Muskelanstrengung, vollständig heraus. Die Injektion tief in das subkutane Fett ist so wenig schmerzhaft, daß Verf. sie stets ohne jede Lokalanästhesie ausgeführt hat. Wenn trotz dieser Vorsichtsmaßregeln Infiltrate auftreten, so gehen sie doch bald wieder ohne besondere Behandlung zurück. Vor allem darf die Gegend der Injektionsstelle nicht von beengenden Kleidungsstücken gedrückt werden. Macht man z. B. die Injektion, wie es Kauffmann empfiehlt, in das Fett der Bauchdecken, so ist das Tragen eines Korsetts unbedingt zu verbieten. Da Leptynol in der Ruhe nicht wirkt, soll frühestens 3 Stunden nach der Injektion körperliche Arbeit geleistet werden, am besten durch Bergsteigen oder Spazierengehen. Schädigungen irgendwelcher Art, vor allem auch der Nieren, welche langsam wieder das Leptynol ausscheiden, hat Verf. nie beobachtet. Die leichten abendlichen Temperatursteigerungen wirken nicht störend. Die Menses wurden nicht eindeutig beeinflußt. Nach verschiedenen Versuchen ist Verf. jetzt zu folgendem Injektionsmodus, der sich am besten bewährt hat, übergegangen: Bei der ersten Injektion gab er stets mindestens 2, meistens aber 4, ja bis zu 6 ccm Leptynol. Die Injektion von 2 ccm wurde an den beiden darauffolgenden Tagen auf beide Körperhälften verteilt, wiederholt. Nach dieser anfänglichen Ueberschwemmung des Organismus mit Palladium ist schließlich die Injektion von je 2 ccm, auch wieder auf beide Körperhälften verteilt, nur noch 2 mal in der Woche notwendig. Verf. bevorzugt zur Injektion die Außenseite der Oberschenkel. Größere Dosen zu wählen, ist zwecklos, weil sonst ein Teil des Leptynols infolge entzündlicher Gewebsreaktion zu langsam resorbiert wird. Auch Verf. konnte von Leptynol lokale und allgemeine Wirkungen beobachten. Zuerst schmilzt das Fett an der Injektionsstelle ein. Man kann auf diese Weise isolierte Fettanhäufungen, z. B. der Bauchdecken, der Oberschenkel bald zum Schwinden bringen. Gerade dieser lokale Fettschwund, besonders der Bauchdecken, fällt den Patientinnen sofort auf. Infolge der langsamen Resorption des Leptynols sinkt das Körpergewicht auch noch weiter ab, einige Zeit nach der letzten Injektion. Leptynol hat noch den großen Vorteil, daß es sehr gut in der Sprechstunde ohne weitere Vorbereitungen und Hilfsmittel angewendet werden kann, so daß die Patientin die Arbeit nicht zu unterbrechen braucht. In allen Fällen, die mit Leptynol länger behandelt wurden, trat eine langsame, aber deutliche Gewichtsabnahme auf, besonders bei endogener Fettsucht. Die Gewichtsabnahme betrug nach einer Injektion 200 bis zu 2000 g; in einem anderen Falle betrug die Gewichtsabnahme 12 Pfund in der ersten Woche ohne besondere Diät. Der Gewichtsverlust war um so größer, je strenger

noch neben der Leptynolkur irgendeine Diätentfettungskur durchgeführt werden konnte. Das war bei den Patientinnen, die fast alle ambulant behandelt wurden und den ärmeren Volksschichten angehörten, nicht möglich. Sie erhielten nur den Rat, sich viel Bewegung zu machen, die Nahrungsaufnahme etwas einzuschränken und vor allem die Zufuhr größerer Flüssigkeitsmengen zu vermeiden; denn Leptynol wirkt besonders auch durch Wasserentziehung, durch vermehrte Schweißsekretion. Die Einschaltung von 1—2 Milchtagen pro Woche nach der Vorschrift von Moritz ergab am schnellsten eine Gewichtsabnahme. Bei der Wahl von Abführmitteln muß man vorsichtig sein. Kauffmann teilte Verf. mit, daß Salina sogar schädlich zu wirken scheinen; Kauffmann verwendet nur Purgan. (M. m. W. 1914 Nr. 19.)

c) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Behandlung des Fluor albus. Von Dr. E. Zweifel. Verf. verwandte hauptsächlich Zucker (50%ige Lösung), eine dicke, sirupöse Flüssigkeit. Die Behandlung wurde damit begonnen, daß Verf. einen mit 50%iger Zuckerlösung getränkten Tampon in die Scheide einführte, der 24 Stunden verbleiben sollte. Den Patienten wurde weiter verordnet, abends beim Zubettegehen die Spülungen in Rückenlage vorzunehmen und danach im Bette liegen zu bleiben. Für die Spülungen sollten sie 2 Eßlöffel Zucker in den Irrigator tun und 2 Eßlöffel recht heißen Wassers darüber gießen, um eine bessere Lösung des Zuckers zu erzielen, sodann dies Quantum abgekühlt in die Scheide einfließen lassen. Die Spülungen wurden täglich vorgenommen, die Patienten wurden nach 8—10 Tagen wieder in die Sprechstunde bestellt. Mit dieser Methode hat Verf. 66 Frauen behandelt, die meisten dieser Patienten waren schon lange und mit allen möglichen anderen Mitteln ohne Erfolg behandelt worden. Etwa 2 Drittel der Patienten haben sich in der Sprechstunde wieder vorgestellt. Fast alle gaben an, daß schon nach etwa einer Woche der Ausfluß bedeutend nachgelassen hatte. Oft war es ganz überraschend, wie sich in diesem kurzen Zeitraum eine gleichzeitig bestehende Portioerosion überhäutet hatte. In den meisten Fällen wurden die Frauen von ihren Beschwerden befreit, aber auch hier gab es einige, bei denen ein mäßiger Grad von Ausfluß fortbestand. Bei diesen, die auf Zucker allein nicht genügend reagierten, wurden nun andere Mittel ausprobiert, und zwar zuerst Aetzungen der Cervix mit dem Mengeschen Formalinstäbchen. Das half einige Male sehr gut, in einer Reihe von Fällen bestanden aber die Klagen unverändert fort. Deswegen versuchte Verf. Milchsäurespülungen, die sich bei Schwangeren so gut bewährt hatten, auch

bei den gynäkologischen Patienten anzuwenden, zu denen er auch Schwangere in der ersten Hälfte der Gravidität zählt, und zwar in $\frac{1}{2}\%$ iger Lösung, also der Konzentration, die dem Milchsäuregehalt des normalen Scheidensekrets Schwangerer entspricht. Die Milchsäure ist eine dicke, sirupartige Flüssigkeit, sie wird deshalb zweckmäßig zu gleichen Teilen mit destilliertem Wasser verschrieben.

Rp. Acid. lactic. —

Aqua destillata aa . . 100,0

M. D. S. davon in 1 Meßglas 5 ccm auf $\frac{1}{2}$ l Wasser zu verdünnen.

Im allgemeinen kann man einfach den Frauen sagen, sie sollen 1 Teelöffel voll auf $\frac{1}{2}$ l Wasser nehmen. Klagt eine Patientin über Brennen, so verdünne man die Milchsäure mit destilliertem Wasser statt zu gleichen Teilen im Verhältnis 2:3; erweist sich diese Lösung noch als zu stark, so verschreibe man

Rp. Acid. lactici 100,0

Aqua destillata . . 200,0

M. D. S. 5 ccm auf $\frac{1}{2}$ l Wasser zu verdünnen, also $\frac{1}{8}\%$ ig.

Milchsäurespülungen hat Verf. außer einigen vorher erfolglos mit Zucker behandelten Patienten bei 38 Frauen verordnet. Da er gesehen hatte, daß die Mehrzahl der Frauen, wenn sich ihr Zustand gebessert hatte, sich bald der Beobachtung entzogen, so suchte Verf. die Heilung dadurch zu beschleunigen, daß er zu Beginn der Behandlung gleich in der Sprechstunde die Scheide und eine eventuell vorhandene Portioerosion mit einem in 5% ige Argentum nitricum-Lösung getauchten Tupfer auswischte und die Patienten in 10—14 Tagen wieder bestellte. Diese Argentumlösung verwendete Verf. auf Grund eigener bakteriologischer Untersuchungen bei Schwangeren, bei denen er schon bei 2% iger Lösung gefunden hatte, daß die Bakterienflora nach einer derartigen Spülung wie ausgelöscht war. Verf. hoffte auf diese Weise rascher eine Umstimmung der Scheidenflora herbeizuführen und die Milchsäurespülungen wirksamer zu gestalten. Die mit dieser Behandlung erzielten Resultate waren außerordentlich günstig. Der Ausfluß ließ rascher nach als bei irgendeiner andern Behandlungsweise.
(M. Kl. 1914 Nr. 47.)

Hebung der Diurese bei eklamptischem Koma durch intramuskuläre Euphyllininjektionen. Von Privatdozent Dr. Lichtenstein (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig). Verf. hat das Mittel (Verbindung von Theophyllin mit Aethylen-diamin) bei 5 Fällen angewandt und war mit der Wirkung zu-

frieden. Die Technik der Injektionen anlangend, so sind nur intramuskuläre zu empfehlen, weil bei subkutaner Applikation längerdauernde Schmerzen an den Injektionsstellen auftreten. Zweifellos wird bei ersterer Anwendung das Mittel außerdem rascher resorbiert. Auch bei intramuskulärer Anwendung können Schmerzen eintreten, sie sind aber kürzer. Ein Vorzug des Euphyllins ist es aber, daß man es auch in Tabletten und Lösung per os und in Suppositorien und Klysmen rektal anwenden kann. So lange das eklamptische Koma dauert, kommen für uns wohl nur die Injektionen in Frage, weil das Mittel schnell und sicher resorbiert werden soll. Klysmen und Suppositorien anzuwenden, ist ja hier möglich, aber da dauert die Resorption länger, und außerdem ist man nicht sicher, daß auch wirklich alles resorbiert wird, wenn Klysmen nicht gehalten werden. Ähnliches kann bei Suppositorien eintreten, wenn die Entbindung dazwischen kommt. Hat man durch Injektionen die Diurese schon etwas gehoben, so kann man natürlich mit rektaler Anwendung fortfahren oder bei Rückkehr des Bewußtseins mit stomachaler. Freilich müßten dann bei rektaler und stomachaler Anwendung die Dosen höhere sein. Die in den Handel kommenden Präparate sind nämlich nicht von gleicher Konzentration: Die Chemischen Werke vorm. Dr. Heinrich Byk, Lehnitz-Berlin liefern sterile Lösungen in Ampullen, Suppositorien und Tabletten. Es enthält

1 Ampulle=2 ccm = 0,48 Euphyllin,

1 Suppositorium = 0,36 „

1 Tablette = 0,1 „

Man gibt täglich gewöhnlich 3 Ampullen. Zäpfchen und Tabletten müßten dann entsprechend mehr zur Verwendung kommen. Da das Euphyllin wohl noch nicht sehr bekannt ist, so seien einer Arbeit von Dessauer noch folgende Rezepte entnommen:

Für Klysmen: Rp. Euphyllini puri 1,0,

Solv. in aq. q. s.

Decoct. Salep. ad 120.

DS. Zu 2—4 Klysmen.

Rp. Sol. Euphyllini 1,0 : 100,0.

DS. 2 × die Hälfte auf 40 ccm Haferschleim zu Klysmen.

Intramuskulär: Rp. Sol. Euphyllini 2,4 : 10,0.

DS. 3—4 Injektionen (à 1,5 ccm).

Per os. Rp. Sol. Euphyllini pur. 1,0 : 160.

Sir. simplicis

Tct. Cort. Aurantii aa 20,0.

DS. 2 stdl. 1 Eßlöffel.

Verf. möchte aber betonen, daß diese etwas schwachen Dosen mehr bei chronischen Fällen innerer Krankheiten in Betracht kom-

men, also für längeren Gebrauch. Wir werden diese bei Eklampsie erst brauchen können, wenn wir durch stärkere Injektionsdosen die Diurese gehoben haben. Anders liegen die Verhältnisse bei Schwangerschaftsnieren und dekompensierten Herzfehlern in der Schwangerschaft. Hier besteht keine unmittelbare Lebensgefahr. Da können wir ebenso verfahren wie die inneren Kliniker. Diese haben Euphyllin angewandt bei Herzkrankheiten unter Mitbeteiligung der Nieren, aber auch bei Nierenkrankheiten allein mit schweren Stauungszuständen. Die Erfahrungen lauten sehr gut, oft hat Euphyllin noch überraschend gewirkt, nachdem alle anderen Mittel versagt hatten. Dabei wird empfohlen, die Wirkung durch Digitalispräparate zu unterstützen. Es ist nicht zu bezweifeln, daß Euphyllin ein ganz ausgezeichnetes Diuretikum ist, das obendrein die Nachteile anderer Mittel, z. B. des Theocins, nicht hat. Von allen wird der große Vorzug betont, daß man es injizieren kann. Ein solches Mittel brauchen auch wir, besonders bei komatösen Eklamptischen. Verf. ist geneigt, bei den geschilderten Fällen eine günstige Wirkung des Euphyllins anzunehmen. Zunächst hat er es ohne Kombination mit Digitalis angewandt, mit Absicht, um sich ein besseres Urteil bilden zu können. Es wird sich aber empfehlen, daneben in Zukunft Digalen zu injizieren. (Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 23.)

Ueber die Erfolge des Biozyme-Bolus in der gynäkologischen Praxis. Von W. Schönwitz (Klinik von Prof. Nagel, Berlin). Das Präparat (Vial & Uhlmann, Frankfurt a. M.), ein geruchloses, grauweißes Pulver, bestehend aus kräftiger lebender Kulturhefe, sterilisiertem Bolus und Zucker, hat sich bei allen Arten von Fluor albus, bei akuter und chronischer Gonorrhoe, Erosionen, bei Colpitis und Vulvitis ausgezeichnet bewährt, namentlich aber bei akuter vaginaler Gonorrhoe. Die Technik der Behandlung ist folgende: Zuerst wird die Vagina durch Wattetampons von Sekret gesäubert und ausgetrocknet, dann mit 5—10 g „Biozyme-Bolus“ eingepuderte Mulltampons oder das Pulver selbst unter Leitung des Speculums in die Vagina eingebracht. Schädliche Folgen der Behandlung wurden in keinem Falle gesehen. Die Patientinnen können dabei ruhig ihrer Beschäftigung nachgehen und spüren durch die Behandlung gar keine Belästigung. Verf. zweifelt nicht, daß der „Biozyme-Bolus“ wegen seiner Haltbarkeit, verhältnismäßiger Billigkeit (Originalglas 2 M., Kassenpackung 1,30 M.), Einfachheit in der Behandlung und der ausgezeichneten therapeutischen Eigenschaften in der gynäkologischen Praxis sich dauernden Platz erwerben wird. (Therap. d. Gegenw. 1914 Nr. 12.)

Hydrastinin. Von Prof. Dr. Walther (Gießen). „Wie allenthalben noch eine gewisse, jetzt nicht angebrachte Vorliebe für außerdeutsche, fremdländische Arzneimittel besteht, so mag in Kürze auf ein Mittel hingewiesen werden, das leider immer noch verschrieben wird, nämlich das in seiner Zusammensetzung ungleichmäßige, schwach wirkende galenische amerikanische Extr. *Hydrastis canadensis fluidum*. Abgesehen von der ungleichmäßigen Wirkung und dem widerlichen Geschmack kommt noch der unverhältnismäßig hohe Preis in Betracht. Unter den deutschen hämostypischen Mitteln, die gleich gut, ja vielleicht noch prompter wirken (es sei auf Stypticin, Styptol u. a. verwiesen) verdient das erheblich billigere, in seiner Zusammensetzung konstante synthetische Präparat *Liquor Hydrastinini hydrochlorici* Bayer (Farbwerke Bayer & Co., Leverkusen) die weiteste Verbreitung. Es wirkt, vor der Periode (2 mal tägl. 15—20 Tropfen) und bei der Periode (2—3 mal 20—40 Tropfen in 1 Eßlöffel Zuckerwasser) gegeben, jedenfalls prompter als das erwähnte Fluidextrakt und wird sowohl gut vertragen als auch gerne genommen. Auch die Tabletten (*Tabl. Hydrastinini hydrochlor.* Bayer) — 3 bis 4 Tabletten bei der Periode — wirken sehr gut. Noch weniger bekannt ist die 2%ige Lösung zur subkutanen Injektion (*Ampullae Hydrastinini hydrochl.* Bayer); der Inhalt einer Ampulle (1,2 ccm) entspricht der notwendigen einmaligen subkutanen Dosis. Uebrigens sind die subkutanen Hydrastinininjektionen nicht nur in der gynäkologischen Praxis zu verwenden (unregelmäßige Blutungen, Endometritis u. a.), sondern auch bei Blutungen in der Zahnpraxis, z. B. nach Zahnextraktionen. Gerade in diesen letztgenannten Fällen haben die Injektionen prompt gewirkt. Auch bei Lungenblutungen dürfte ein Versuch mit diesem Präparate zu empfehlen sein.“
(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 8.)

d) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Behandlung der Furunkulose. Von Prof. Dr. P. G. Unna (Hamburg). Verf. empfiehlt folgende Operation: Der Arzt sieht sich die Hautregion genau an, wo die Furunkel sitzen, und merkt sich die Haarrichtung auf derselben. Dann ergreift er mit der linken Hand eine breite Hautfalte so, daß der Furunkel die Kuppe der Falte bildet, und preßt dieselbe einige Sekunden sanft zusammen, bis irgendwo in der Mitte eine weiße, blutleere Stelle erscheint; das ist das zylindrische Kokkenzentrum. In dieses sticht er rasch, ohne die Falte loszulassen, mit einer schwachglühenden Nadel 3—4 mm tief ein, genau in der Haarrichtung, also meistens schräge. Das praktischste Instrument für diese Ausbrennung der Furunkel ist der Mikrobrenner (1890 eingeführt).

Wo derselbe fehlt, kann er durch die feinste Spitze des Paquelins oder schließlich als Notbehelf durch jede feste, spitze Nadel (Präparationsnadel, Stopfnadel auf einem Kork) ersetzt werden, deren Spitze man in der Spiritusflamme glühend macht. Sind diese Kautelen befolgt, so ist momentan der Kokkenherd vernichtet und das Eitergift ebenfalls, denn in geradezu überraschender Weise hören im selben Augenblick Spannung und Schmerzen auf. Man läßt nun die Falte los und drückt mit dem Finger auf die gebrannte Hautstelle. Sie muß auch auf Druck schmerzlos geworden sein. Wenn sie noch irgendwo weh tun sollte, so ist an dieser Stelle der Kokkenherd nicht gut getroffen, und es muß hier noch einmal heiß eingestochen werden. Vorzüge der Methode. Der Kreuzschnitt verursacht neue starke Schmerzen und eine Wunde, die durch das Messer vom Kokkenzentrum aus künstlich infiziert wird und erst nach längerer Dauer mit unschöner Narbe heilt. Die nötigen Verbände infizieren häufig die Umgebung mit neuen Furunkeln, und eine Reihe von Kreuzschnitten macht dienstunfähig. Die heiße Nadel dagegen desinfiziert den Kokkenherd in situ, zerstört nur diesen, beseitigt den spontanen Schmerz augenblicklich und hinterläßt gar keine Narbe. Auch bei schon bestehender Furunkulose ist sachgemäßes Ausbrennen der Einzel-furunkel die beste Therapie. Wo dieses sich aber nicht durchführen läßt, dürften den Kollegen zur Behandlung größerer Furunkelfelder einige praktische Vorschriften als Ersatz der genannten eigentlichen Furunkelmittel erwünscht sein. In erster Linie empfehlenswert ist da die Bolus + Glyzerin + Ichthyol-Paste:

Bolus	20
Glyzerin	10
Ichthyol	5

M.

welche unter undurchlässigem Verbande (Guttaperchapapier, Billrothbattist, Prießnitzumschlag) in kurzer Zeit die hartnäckigsten Furunkelherde des Nackens erweicht und zur Resorption bringt. Wo Bolus (Kaolin) und Ichthyol zu haben ist, verdient diese Formel den Vorzug vor allen übrigen. Da in den Apotheken der Feldlazarette aber meistens beides fehlt, muß man sich mit Ersatzmitteln zu behelfen wissen. Da tritt Kreide für Bolus, Schwefel und Zinkoxyd zusammen für Ichthyol ein, und Glyzerin besorgt, wie in der ersten Formel, die ungemein wichtige Erweichung der Hornschicht. Die einfache Formel lautet:

Sulfur dep.	
Zinci oxydati	
Calcar. carbon.	ââ 10,0
Glycerini	30,0

M.

Diese Paste kann stets im Felde angefertigt werden, eignet sich besonders für die Fälle, wo die Haut bereits sehr gereizt, rot und schmerzhaft ist, und wird am besten über die ganze Fläche nach Ausbrennung der dicksten Knoten aufgestrichen und impermeabel verbunden. Ist die Haut in der Umgebung der Furunkel nicht gereizt und empfindlich, so paßt die von Scharff vorgeschlagene Formel, ebenfalls nach Ausbrennung der dicksten Knoten:

Sulfur dep.
Terebintinae āā 40
Acidi salicylici
Olei terebintinae āā 10

M.

Eine feldmäßige Formel dafür, weil Terpentin im Felde fehlt, würde lauten:

Sulfur dep.	} āā 10,0
Zinci oxydati	
Calcar. carbon.	
Ol. terebintin.	
Vaselini	

M.

Scharff macht mit Recht darauf aufmerksam, daß diese Paste auch gute Dienste gegen rheumatische Schmerzen und Muskelrheumatismus leistet. Sie sei auch hierzu im Felde wegen ihrer leichten Anwendbarkeit und Reinlichkeit empfohlen. Als Ersatz des vorzüglichen Quecksilberkarbolguttaplasts kann eine weiche Quecksilberpflastermasse einfach folgendermaßen improvisiert werden, wobei eine Mischung von Bleipflaster und Terpentinöl an die Stelle des Terpentins tritt:

Ungt. hydrarg. cin. 25
Ol. terebintin. 5
Empl. plumbi 20

M.

Wesentlich ist es, die mit dieser Pflastermasse bestrichenen Furunkel mit einem kleinen Stückchen dünnsten Guttaperchapapiers (oder Probat) oder mit Leukoplast zu bedecken. Diese improvisierten, gut klebenden Pflasterchen können bis zur Heilung sitzen bleiben. Alle hier genannten Behandlungen der Furunkulose sind ambulatorisch leicht durchführbar. (B. kl. W. 1915 Nr. 9.)

Erfahrungen über Furunkelmetastasen. Von Prof. Riedel (Jena).

1. Jeder, auch der kleinste, Furunkel ist in seinen Folgen unberechenbar,

2. Es sterben mehr Menschen an Furunkelmetastasen als an direkt fortgesetzter Thrombophlebitis purulenta.

3. Junge Leute leiden schwerer durch Metastasen im Knochen, als erwachsene nach Abschluß des 25. Lebensjahres.

4. Metastasen in den Weichteilen Erwachsener verursachen vielfach ebenso schwere Störungen wie Metastasen in den Knochen Jugendlicher.

5. Weichteilmastasen lokalisieren sich mit einer gewissen Vorliebe im Gehirn, in den Muskeln, besonders aber im perinephritischen Gewebe, zuweilen in den Nieren selbst.

6. Der oberflächlich gelegene Furunkel kann zunächst konservativ mit Abtragung des obersten Deckhäutchens und mit Salbenverband behandelt werden.

7. Bei rasch sich entwickelndem Infiltrat und zunehmender Schmerzhaftigkeit ist ein derber Kreuzschnitt unter Aetherspray angezeigt.

8. Der Aetherspray wirkt nur dann genügend, wenn die Gewebe blutleer oder wenigstens blutarm gemacht sind.

9. Tiefsitzende Furunkel sind sofort zu spalten, Karbunkel in toto zu exstirpieren. (D. m. W. 1915 Nr. 4/5.)

Zur Behandlung des Lupus mit dem Friedmannschen Mittel. Von Dr. Starke (Aus der Licht- und Radiumabteilung der Königl. dermatologischen Universitätsklinik in Breslau). Als Resumee ergibt sich, daß unangenehme Nebenwirkungen, die zu einer Schädigung der Patienten hätten führen können, nicht beobachtet wurden, daß man aber auch in keiner Weise einen Vorteil in diesem als Spezifikum gegen Tuberkulose gepriesenen Mittel erkennen konnte, und daß eine wirklich fortschreitende Heilung, selbst eine deutliche Besserung auch nach mehreren Monaten in keinem Falle zu konstatieren war.

(B. kl. W. 1914 Nr. 33.)

Neuere Methoden der Lupusbehandlung. Von Dr. W. Schönfeld (Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Hautkrankheiten in Würzburg). „Nach unseren eigenen Erfahrungen können wir sagen, daß sowohl den Kupferpräparaten, wie dem Goldzyan und Salvarsan eine gewisse Einwirkung auf tuberkulöse Prozesse zukommt. Die örtliche Wirkung der Kupferpräparate ist eine Aetzwirkung, ähnlich der der Pyrogallussäure. Beim Goldzyan und Salvarsan scheint uns diese Wirkung in der Hauptsache darin zu bestehen, daß beide Präparate das tuberkulöse Gewebe für das Tuberkulin besser angreifbar machen. Die Ergebnisse der Behandlung mit diesen Methoden sind bisher jedenfalls keine

besseren, z. T. sogar vielfach wesentlich geringere, als wir sie mit unseren früheren, allerdings auch noch recht mangelhaften Methoden erzielt haben. Gewiß ist jedes neue Mittel, das irgendeinen Erfolg verspricht, gerade für die Lupusbehandlung von Wert, und von diesem Gesichtspunkt aus kann die Behandlung mit Kupferpräparaten, mit Goldzyan oder Salvarsan vielleicht in dem einen oder anderen Falle Gutes leisten. Spezifische Heilmittel haben wir in ihnen noch nicht; wir halten es allerdings für möglich, daß wir auf ähnlichem oder gleichem Wege einmal zu einer wirklichen Chemotherapie der Tuberkulose, insbesondere der Hauttuberkulose, kommen können.“

(Derm. Wschr. 1914 Nr. 21.)

Zur Behandlung des Ulcus cruris chronicum mit Radium-emanation. Von Dr. Johann Saphier (Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der k. k. Rudolfstiftung in Wien). Verf. hat seit Oktober 1913 bei einer Reihe von Unterschenkelgeschwüren — insgesamt 21 — das Radium verwendet, und zwar anfangs in der Form eines Emanationswassers von 20 000 bis 30 000 M.-E., später auch in Form von pulverisierten Radium-Keil-Tabletten (zu 250 M.-E.). Der Vorgang war folgender: Mit emanationshaltigem Wasser getränkte Wattelappen wurden auf die vorher mit Wasserstoffsuperoxydlösung gereinigten Ulcera appliziert, der Umschlag wurde mit Billroth-Battist oder Gutta-perchapapier abgedichtet und durch Verband befestigt. Am nächsten Tage wurde ein Borsalbenverband angelegt, nur bei schwacher Reaktion wurde der Radiumumschlag (auch mehrere Male) wiederholt. Die Radium-Keil-Tabletten, die als Streupulver zur Verwendung kamen, verursachten oft in den ersten Stunden nach der Applikation sehr heftige Schmerzen. Von den der Radiumbehandlung unterzogenen 21 Fällen konnten 10, also nahezu die Hälfte, geheilt entlassen werden, weitere 6 Fälle zeigten eine wesentliche Besserung, und nur 5 Fälle, demnach kaum ein Viertel aller, erwiesen sich der Radiumbehandlung gegenüber als refraktär, ja 2 von diesen 5 Fällen zeigten überhaupt keinerlei Reaktion. Wenn man nach diesen Erfahrungen die Radiumemanationsbehandlung der Unterschenkelgeschwüre als eine Bereicherung der therapeutischen Behelfe gegen eine oft sehr hartnäckige Krankheitsform bezeichnen kann, der noch überdies der Vorzug großer Bequemlichkeit und Wohlfeilheit zugesprochen werden muß, so dürfen wir uns anderseits nicht verhehlen, daß leider eine methodische Auswahl der für diese Behandlungsform geeigneten Fälle vorläufig nicht möglich ist.

(W. klin. W. 1914 Nr. 19.)

Ueber die Behandlung der Mollusca contagiosa schreibt Dr. Luster (Krakau): „Bei einem 15jährigen Mädchen, welches am Brustkorb mit zahlreichen Mollusca contagiosa behaftet war, versuchte ich die Quarzlampe von Dr. Bach. Die Belichtung dauerte 5 Minuten (Entfernung 2 dcm), und nach 10 Tagen, nachdem sich die Haut abgeschält hatte, schwanden sämtliche Mollusca spurlos. Bald darauf behandelte ich einen jungen Mann, dessen Bauch mit Mollusca contagiosa behaftet war. Nach einmaliger Belichtung schwanden auch in diesem Falle sämtliche Mollusca. Seit 4 Wochen rezidivfrei.“ — „Einen weiteren interessanten Fall beobachtete ich bei der Gattin eines Kollegen aus Krakau. Nach einer Verletzung in der Nähe des Auges trat 2 Stunden danach eine Suggilation ein, die die ganze rechte Wange blau färbte. Ich belichtete die Wange während einer Woche 2mal, jede Belichtung dauerte 2 Minuten (Entfernung 2 dcm). Schon nach der ersten Belichtung blaßte die Wange stark ab, und nach der zweiten war keine Spur der Suggilation mehr zu sehen.“

(Derm. Ztbl. 1914 Nr. 9.)

Ueber Wirkung und Resorption von Quecksilberpräparaten, insbesondere des Kontraluesins. Von Dr. Döh-ring (Aus der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten und dem Pharmakologischen Institut der Universität in Königsberg i. Pr.).

1. Die Wirkung der verschiedenen Quecksilberpräparate hängt nicht allein von der zugeführten Quecksilbermenge ab, sondern die chemische und physikalisch-chemische Beschaffenheit muß dabei eine Rolle spielen. Es ist deshalb die Suche nach neuen, noch wirksameren Quecksilberpräparaten durchaus berechtigt.

2. Von den gebräuchlichen unlöslichen Quecksilbersalzen entfaltet das Kalomel die stärkste spirillozide Wirkung. In zweiter Linie kommt das Quecksilbersalizyl, an dritter Stelle das Mercinol. Am wenigsten spirillozid wirkt von den untersuchten Präparaten das Kontraluesin, trotz der hohen Dosen und trotz der diesseits festgestellten relativ schnellen Resorption.

(D. m. W. 1915 Nr. 3.)

Verschiedenes.

Durchleuchtung mit Taschenlaterne. Von Dr. Heuer. Mittels gewöhnlicher hellbrennender Taschenlampe vermag man die Finger und Zehen, bei zarten Händen auch die Mittelhand, auf Frakturen oder Anwesenheit von Eisenteilen zu durchleuchten.

Es genügt in der Mehrzahl der Fälle, im dunklen Zimmer die Lampe in die geschlossene Hand zu nehmen. Andernfalls läßt sich mittels einer Zigarrenkiste, in deren Deckel man längliche Oeffnungen schneidet, ein guter Hilfsapparat herstellen, der neben seiner Billigkeit den gerade in der Jetztzeit nicht zu unterschätzenden Vorteil hat, daß er überall leicht zu beschaffen ist.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 9.)

Die Läuseplage. Von Priv.-Doz. Dr. Felix Pinkus (Berlin). Von allem bisher Empfohlenen scheint Verf. das Perugen und der Perubalsam, der nicht reizt, kaum je Arzneiexantheme macht, nicht zu unangenehm riecht, vorhandene Ekzeme heilt und gut juckstillend wirkt, daneben aber noch als sehr wichtige Wirkung mit Sicherheit die ebenfalls recht verbreitete Krätze heilt, das allerbeste Läusemittel zu sein, wenn die Möglichkeit des Kleiderwechsels nicht vorhanden ist.

(M. Kl. 1915 Nr. 9.)

Zur Behandlung und Prophylaxe der Kleiderläuse. Von Prof. Dr. Galewsky (Dresden), z. Z. Stabsarzt im Gefangenenlager zu Königsbrück. Faßt man das Ergebnis der Untersuchungen zusammen, so empfiehlt es sich, zur Prophylaxe und Behandlung einzelne Oele in spirituöser Lösung anzuwenden, also am besten eine 10- oder 15%ige Bergamottöllösung, die am Körper und in die Kleider eingerieben wird. Ebenso dürften sich kleine Brustbeutel dazu eignen, mit einer Filzeinlage, die ab und zu mit dieser spirituösen Lösung angefeuchtet wird; denn im allgemeinen hält die Wirkung dieser Lösung nicht länger als einige Tage an. Derartige kleine Sendungen können den einzelnen Soldaten ins Feld bequem nachgeschickt werden. Diese spirituösen Lösungen (am wirksamsten ist Ol. bergam. 10,0, Tinct. calami 30% 90,0) sind aber ziemlich kostspielig. Sie werden daher ebenso wie die seidene Unterkleidung, von welcher man behauptet, daß sich in ihr die Läuse auch nicht halten, für die allgemeine Anwendung leider nicht zu verwenden sein. Für größere Truppenverbände, zur Behandlung von Truppenmassen, für Gefangenenlager würde es sich am meisten empfehlen, jedem einzelnen einen Naphthalinbeutel umzuhängen oder ihm kleine Mengen Naphthalin in die Kleider zu schütten. Außerdem muß in die Strümpfe und Hosen 15%iger Naphthalinpuder eingestreut und der Körper damit eingepudert werden, da nach Verf.s Erfahrungen, wenn man nur den Oberkörper mit Naphthalin behandelt, die Läuse bis in die Strümpfe auswandern, um dem unangenehmen Geruch zu entgehen.

(D. m. W. 1915 Nr. 10.)

Zur Prophylaxe und Vertreibung des Ungeziefers im Felde.
Von K. Herxheimer und E. Nathan (Aus der Dermatologischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M.) Bei Versuchen hat sich am besten ein 3% iger Kresolpuder bewährt. Zu dem Kresolpuder wurde das unter dem Namen Trikresol im Handel befindliche Kresolgemenge benutzt und daraus unter Anwendung von Talk, Magnesia usta und Bolus alba ein 3% iger Puder hergestellt, dessen Geruch durch Zusatz von Sassafrasöl einigermaßen verdeckt und modifiziert wird. Der angegebene Puder entspricht in genügender Weise den postulierten Forderungen der leichten und raschen Herstellbarkeit, Beschaffbarkeit und Anwendbarkeit, der Billigkeit, der Unschädlichkeit und starken Wirksamkeit auf Insekten. Aus den Versuchen ergibt sich unzweideutig, daß dem 3% igen Kresolpuder bei weitem die stärkste Wirksamkeit gegenüber den Kleiderläusen zukommt. In einigen wenigen Fällen konnten Verff. auch Versuche mit Wanzen vornehmen, die ergaben, daß die Wanzen unter Anwendung der oben beschriebenen Methode durch den 3% igen Kresolpuder in etwa 15 Minuten abgetötet werden.
(Ther. Mh. 1915 Nr. 2.)

Stubenfliegen als Träger von Läusen. Von Dr. Bohne, Mar.-St.-A. d. R. Während des Aufenthaltes des Lazarettschiffes im Hafen in den Herbstmonaten des letzten Jahres wurden die Schiffsräume und seine Bewohner zeitweise sehr stark von Fliegen heimgesucht, die von einer in der Nähe liegenden Müllgrube zu kommen schienen. Beim Eierlegen solcher Fliegen konnte zur Verth zweimal beobachten, wie Läuse im Augenblick nach dem Erschlagen die getöteten Fliegen verließen. Beide Male waren es 3—4 Läuse. Die Wichtigkeit dieser Beobachtung liegt zu sehr auf der Hand, als daß weitere Worte nötig wären.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 10.)

Antisklerosin

2 Tabletten à 0,5 enth.: Natr. chlor. 0,8, Natr. sulf. 0,08, Magn. phosph., Natr. carb. $\bar{a}\bar{a}$ 0,03, Natr. phosph. 0,025. Indiziert bei allen beginnenden Stoffwechselstörungen, speziell bei **Arteriosklerose**. — Prophylacticum. — Methode durch eingehende experimentelle und vielfache klinische Versuche begründet. — Originalpackung: Gläser mit 25/1 oder 25/2 Tabletten. — Dosis: 3 mal täglich je 2 Tabletten à 0,5 oder je 4 Tabletten à 0,25.

Diabeteserin

4 Tabletten enthalten: Natr. chlor. 0,8, Natr. sulf. 0,08, Magn. phosph., Natr. carb. $\bar{a}\bar{a}$ 0,03, Natr. phosph. 0,025 und 0,0006 Eserin. Indikation: **Diabetes mell.** — Die Literatur enthält Hinweise auf erzielte Dauerwirkung, Minderung bzw. Verschwinden des Zuckergehaltes und Hebung der Toleranz gegen Kohlehydrate bei nicht strenger Diät. — Originalpackung: Röhren mit 50 Tabletten à 0,225, Maximaldosis. 3 mal täglich je 4 Tabletten à 0,225. Nr. I rote Packung, Nr. II blaue Packung. Fettleibigen Diabetikern und solchen mit hartnäckiger Obstipation wird Nr. II verordnet, sonst Nr. I.

Phenacodin

(Phenacetin 0,5, Coffein 0,06, Codein 0,02, Guarana 0,2). Bewährte Kombination von Phenacetin, Coffein, Codein, Guarana in angenehm schmeckenden Tabletten. — Indiziert bei **Migräne**, Hemikranie, Trigeminus-Neuralgie, Influenza. — Originalpackung: Gläser mit 10 Tabletten — Dosis: Bei leichten Kopfschmerzen genügt eine halbe Tablette, bei schwereren Anfällen wird eine ganze verordnet. Die Tabletten sind zur bequemen und genauen Halnteilung eingekerbt.

Versuchsquantum und Literatur zu Diensten.

Fabrik pharmac. Präparate, Wilhelm Natterer,
München 19.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Über die Verbreitung von Seuchen durch Insekten im Kriege

von

Dr. J. Versluys

a. o. Professor der Zoologie in Gießen.

14 Seiten. 1915. M. —.25.

20 Exemplare M. 3.—, 100 Exemplare M. 10.—, 1000 Exemplare M. 75.—.

Die neueren Forschungen haben ergeben, daß viele Seuchen durch Insekten übertragen werden. Die praktischen Erfahrungen im Felde auf diesem Gebiete sind noch spärlich. Die in Friedenszeiten gesammelten Kenntnisse lassen aber keinen Zweifel an der Notwendigkeit, das Ungeziefer zur Verhütung größerer Epidemien zu bekämpfen. Fliegen verschleppen Schmutz, in erster Linie Kot, der mit Krankheitskeimen (von Unterleibstypus, Paratyphus, Ruhr, Cholera, Pest) infiziert sein kann. Andere Insekten (Stechfliegen, Läuse, Flöhe, Wanzen) ernähren sich von menschlichem Blut und können damit Krankheitskeime aufnehmen, soweit diese im Blute zirkulieren. Sticht das Insekt bald nachher einen anderen Menschen, dann kann Ansteckung erfolgen. So können Flecktyphus, Rückfallfieber, Pest übertragen werden.

Die Hygiene im Stellungskriege

von

Stabsarzt Dr. Erich Hesse.

18 Seiten. 1915. M. —.25, 20 Exempl. M. 3.—, 100 Exempl. M. 10.—.

Obwohl der Stellungskrieg dem offenen Feldkriege gegenüber in bezug auf die Verpflegung der Truppen usw. manchen Vorteil aufweist, so stellen sich in sonstigen hygienischen Beziehungen doch große Schattenseiten heraus, die das oft sehr enge Zusammenliegen in unzureichenden, nicht immer einwandfreien Räumen und die lange Dauer dieser ungünstigen Bedingungen mit sich bringen. Die Gefahr des Ausbruchs und der Verbreitung seuchenartiger Erkrankungen ist in diesen Tatsachen begründet. In der vorliegenden Broschüre stellt der Verfasser dar, wie und mit welcher Aussicht auf Erfolg es möglich ist, die hygienischen Nachteile abzustellen.

Über die Verhütung und Bekämpfung von Kriegsseuchen

Kurze Darstellung auf Grund von Vorträgen nebst einem Seuchenmerkblatt

von

Prof. Dr. P. Schmidt

Direktor des hygienischen Instituts der Universität Gießen.

16 Seiten. 1914. Preis M.—.25, 20 Exempl. M. 3.—, 100 Exempl. M. 10.—

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

**Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur**

Preis des Jahrgangs
M. 5.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-Rat Dr. Eugen Graetzer** in **Berlin-Friedenau.**

Verlag von Leopold Voß in Leipzig und Hamburg.

XXIV. Jahrgang

Nr. 9.

Juni 1915

Auszüge.

Aetiologisches.

Der syphilitische Kopfschmerz. Von Prof. Dr. J. Hnátek (Aus der Internen Abteilung der böhmischen Universitätspoliklinik in Prag). Die Beziehung der Syphilis zur Cephalalgie besteht darin, daß im Sekundärstadium der Kopfschmerz bald als einziges Symptom auftritt, das sich als ein permanenter, dumpfer, zeitweise an Intensität zunehmender, mehr weniger den ganzen Kopf einnehmender Schmerz äußert, bald als ein Symptom, das eine Gesichtsneuralgie vortäuscht; manchmal ruft ein Geschwür durch Reizung der Peripherie des N. trigeminus z. B. von der Zunge aus eine typische Neuralgie hervor; ein andermal komprimiert eine syphilitische Osteoperiostitis den N. occipitalis major; ferner kann sich hinter den Symptomen eines Gehirntumors ein intrakranielles Gumma verstecken, oder es erzeugt eine zirkumskripte gummöse Meningitis, eine ophthalmoplegische Migräne; in einer anderen Reihe von Fällen können wir das Gumma am Knochen direkt tasten, das eine lokale Schmerzhaftigkeit bedingt, obwohl es keinen Nervenstamm drückt. Auch die syphilitischen Veränderungen der Gehirngefäße verursachen Symptome, die den sklerotischen Veränderungen nicht unähnlich sind. Hier dürfen ferner jene kammartigen, in Form eines Bogens von einem Ohr zum anderen verlaufenden Schmerzen nicht vergessen werden (Seligmüller). Ferner muß erwähnt werden, daß unter der spezifischen Behandlung, speziell bei Anwendung der grauen Salbe, ein Kopfschmerz entstehen kann, der bald als neuroasthenisch auf toxischer Basis, bald als rein toxisch aufzufassen ist. Der Kopfschmerz dieser Provenienz bedarf keiner besonderen Behandlung, diese fällt mit der Allgemeinbehandlung der Krankheit zusammen. Erwähnen möchte Verf. nur noch, man möge die tonische

Behandlung (mit Jodlezithin, Arsojodin u. dgl.) nicht vergessen, und zwar schon aus dem Grunde, um, wenn möglich, der Entstehung der Neurasthenie vorzubeugen, die sich so gern einer abgelaufenen Lues hinzugesellt. (D. m. W. 1915 Nr. 3.)

Schädelgeräusche. Von H. Köster (Göteborg). Unter 66 Fällen von Schädelgeräuschen bei Erwachsenen beruhten letztere nur in 6 auf intrakraniellen Läsionen, bei 54 fand sich hochgradige Anämie, bei 6 weder das eine noch das andere. Unter den intrakraniellen Läsionen waren keine Aneurysmata. Am häufigsten sind demnach die Schädelgeräusche der Erwachsenen bei Anämie. Sie treten auf, wenn die Zahl der roten Blutkörperchen geringer ist als $2\frac{1}{2}$ Millionen und die Hämoglobinemenge bis 40 % gesunken ist. In den seltenen Fällen von Schädelgeräuschen bei intrakraniellen Leiden kommt dem Symptome keine diagnostische Bedeutung zu.

(Svenska Läkaresällsk. Handlg. Nr. 3. — D. m. W. 1915 Nr. 5.)

Ueber die Calcariurie der Kinder. Von Priv.-Doz. Dr. H. Kleinschmidt (Univers.-Kinderklinik Berlin). Als Calcariurie (Phosphaturie) bezeichnet man die durch längere Zeit hindurch mit einiger Konstanz bestehende Ausscheidung eines trüben, oft milchig getrüben Harns, der beim Sedimentieren einen weißen, aus kohlesauerm und phosphorsaurem Kalk zusammengesetzten Niederschlag erkennen läßt. Dieses Symptom ist so auffallend, daß es dem Laien selbst nicht zu entgehen pflegt. Es handelt sich um eine Vermehrung der Kalkausscheidung durch den Harn, während sich die Phosphorsäuremenge in normalen Grenzen hält. Nun pflegen gewisse Allgemeinerscheinungen die Calcariurie zu begleiten, Symptome neurogener Natur: Schlaflosigkeit, Kopfweh, Verschlussenheit, Blässe, Schweiß, Hautjucken, Leibschmerzen, Erbrechen, Durchfälle, hystero-epileptische Anfälle. Diese Symptome sind bei den Kindern gewöhnlich schon lange vor Auftreten der Calcariurie vorhanden, die Kinder tragen von frühester Jugend an die charakteristischen Züge der Neuropathen, sind Abkömmlinge nervöser Eltern, oft als einzige Kinder erzieherisch mangelhaft beeinflusst. Verf. beschreibt nun 2 Fälle, ein 10jähriges und ein 4jähriges Kind betreffend. Beide verloren ihre Calcariurie sofort, als sie in klinische Beobachtung kamen. Das zeigt am besten, daß es sich um eine neurogene Störung handelt und daß der Milieuwechsel die beste Therapie dagegen ist. (B. kl. W. 1915 Nr. 2.)

Aetiologie des endemischen Kropfes. Von Fr. Messerli (Lausanne). Die Gegend von Payerne im Kanton Waadt zeichnet

sich durch den höchsten Prozentsatz kropfiger Rekruten aus. Das Wasser dieser Stadt ist nach dem Ergebnis der chemischen und bakteriologischen Analysen als Oberflächenwasser anzusehen; es hat bis zu 39,5 mg organische Bestandteile im Liter, Ammoniak, Nitrite, bis zu 15340 Bakterien im Kubikzentimeter, unter denen sich *Bacterium coli*, *paratyphi B.*, *fluorescens*, *liquefaciens* und *proteus* befanden, unter starken Schwankungen der Keimzahl. Bei sämtlichen weißen Ratten, welche dieses Wasser monatelang als alleiniges Getränk erhielten, fand sich starke Hypertrophie der Schilddrüse. Die Drüse war normal bei den Tieren, welche bei sonst völlig gleicher Ernährung das gute Wasser von Lausanne getrunken hatten. (Zbl. f. Bakt. 75 H. 3. — D. m. W. 1915 Nr. 5.)

Arteriosklerose, Spätparalyse und Unfall. Von Lampe. Nach eingehender Besprechung der Beziehungen zwischen Arteriosklerose, Paralyse und Trauma teilt Verf. einen Fall aus der städt. Nervenheilanstalt Chemnitz mit, der mehrfaches Interesse bietet. Auf Grund der Anamnese, des klinischen Beobachtungsergebnisses und des Sektionsbefundes läßt sich derselbe folgendermaßen erklären: Ein 40 Jahre vor dem Tode mit Syphilis infizierter Mann zeigt etwa vom 33. Lebensjahre ab leichtere psychische Veränderungen, die auf eine beginnende Arteriosklerose bezogen werden müssen. Auf diesem Boden wirkt im 64. Lebensjahre eine Hirnerschütterung als auslösendes Moment für den 6 Monate nach dem Unfall erfolgenden Ausbruch einer Paralyse, welche nach 3 monatlichem foudroyanten Verlauf zum Tode führt. Aus der klinischen Beobachtung und anatomisch-mikroskopischen Untersuchung des Falles ergeben sich folgende Schlußfolgerungen: Auch im vorgerückten Alter — jenseits des 60. Lebensjahres — kommen Paralysen vor, die den klinischen Verlauf der expansiven Form mit Größenideen und motorischer Erragung nehmen und bei denen anatomisch und mikroskopisch dieselben Befunde erhoben werden wie bei den Paralysen jugendlicheren Alters. Namentlich zeigen die reichlichen, ausgedehnten und weitverbreiteten Lymphscheideninfiltrate aus den typischen Elementen, daß auch das greisenhafte, in Rückbildung begriffene Gehirn noch zu so lebhaften produktiven und exsudativen Gewebsprozessen fähig ist, wie sie die paralytischen Gefäßveränderungen darstellen. Auch diese Spätparalyse ist syphilitischen Ursprungs. Weiter ergibt sich, daß eine Kombination von diffuser Arteriosklerose und Paralyse möglich ist nicht nur im Sinne einer zufälligen Beimischung arteriosklerotischer Befunde zur Paralyse, sondern so, daß die Arteriosklerose längere Zeit für sich allein bestanden hat und bestimmte klinische Erscheinungen verursachte, und daß erst später sich dazu die para-

lytische Erkrankung gesellte. Dabei ist von besonderem histologischen Interesse, wie die beiden an demselben mesodeomalen Gewebe, dem Blutgefäßbindegewebsapparat, sich abspielenden pathologischen Prozesse nebeneinander hergehen und sich gegenseitig beeinflussen. Endlich zeigt auch dieser Fall wieder, daß man das Trauma wenigstens als auslösende Ursache für das Auftreten einer Paralyse nicht von der Hand weisen darf, wenn bestimmte Momente vorliegen: das Fehlen paralytischer Symptome vor dem Unfall, eine besondere Intensität des direkt auf den Schädel und seinen Inhalt einwirkenden Traumas, Auftreten deutlicher Zeichen dauernd gestörter Hirnfunktion unmittelbar nach dem Unfall, die in ununterbrochener Reihe zu dem Ausbruch der paralytischen Erkrankung selbst hinleiten, und ein abgekürzter foudroyanter Verlauf der letzteren, der dem Leben ein Ende setzte, ehe der weitgehende körperliche Verfall der gewöhnlichen Paralyse einsetzte. (Inaug.-Diss. Göttingen. — Mschr. f. Unfallhkd. 1914 Nr. 11.)

Prognostisches.

Beitrag zur Prognose und Behandlung der Bauchschüsse im Kriege. Von Prof. G. Perthes, Generaloberarzt und beratendem Chirurgen des XIII. (K. W.) Armeekorps. Die Prognose der Bauchschüsse durch Infanteriegeschosß ist wesentlich ungünstiger, als nach den Kriegserfahrungen vor 1914 angenommen wurde. Bei der großen Mehrzahl der tödlich verlaufenden Fälle erfolgt der Tod innerhalb der ersten 3 Tage. Von den der Sanitätskompagnie zugehenden Bauchschüssen sterben 42 % noch auf dem Hauptverbandplatze. Von Todesfällen des Feldlazarettes fallen 75 % auf die ersten 3 Tage. Nur etwa 20 % der auf den Hauptverbandplatz kommenden und nur 40 % der in das Feldlazarett aufgenommenen Bauchhöhlenschüsse verlassen lebend das Feldlazarett. Bei etwa der Hälfte der aus dem Feldlazarett lebend Entlassenen handelt es sich um Bauchhöhlenschüsse ohne Verletzung von Bauchorganen. Diese Hälfte kommt natürlich in der Regel zur Heilung. Von der anderen Hälfte mit Verletzung des Darmes oder anderer Organe erliegt der wahrscheinlich kleinere Teil noch späteren Komplikationen (Abszeß, Anus praeternaturalis). Für den zur Heilung kommenden Rest ist die konservative Therapie von ausschlaggebender Bedeutung. Die Operation eines Bauchschusses im Felde ist nur zulässig für einen in der Bauchchirurgie sehr erfahrenen Chirurgen, welcher die Asepsis unter den besonderen sich gerade bietenden Verhältnissen beherrschen kann. Unter dieser Voraussetzung ist die Operation angezeigt, wenn der Verletzte 1. innerhalb der ersten 12 Stunden post trauma zur Operation kommt, 2. wenn

deutliche Symptome der Verletzung eines Bauchorgans vorliegen, 3. wenn der Allgemeinzustand nicht so ungünstig ist, daß wahrscheinlich irreparable Verletzungen vorhanden sind. Da die Gesamtheit dieser Vorbedingungen selten erfüllt ist, bleibt trotz der wenig günstigen Prognose die konservative Behandlung die Regel. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 14.)

Klinische Beobachtungen über Tetanus im Felde. Von Generalarzt Dr. Goldscheider, beratendem inneren Mediziner bei der 7. Armee. Ueber die Prognose schreibt Verf.: „Daß für die Prognose die Dauer der Inkubationszeit von großer Bedeutung ist, wird allgemein anerkannt. Außer dieser aber kommt, was bisher nicht genügend beachtet worden ist, auch in Betracht die mehr oder weniger große Akuität der Entwicklung der manifesten Symptome. Es gibt Fälle, in welchen sich nach Ablauf der Inkubationszeit die tetanischen Erscheinungen in schnellster Folge entwickeln, und andere, in denen dies langsamer geschieht. So bestanden bei einem Falle meiner Beobachtung 4 Tage lang Kaubeschwerden, ehe es zum Trismus kam; am nächsten Tage dann traten erst Opisthotonus und allgemeine Krämpfe auf. Ein anderes Mal waren gleichfalls dem Trismus 3—4 Tage lang Kaubeschwerden vorhergegangen. Ein Patient gab an, daß er in dem verwundeten Bein etwa 5 Tage lang Zuckungen gehabt habe, ehe der Trismus auftrat. Ein anderer Patient bekam am 10. Tage nach der Verwundung lokale Muskelzuckungen, nach 2 weiteren Tagen Kaubeschwerden; am nächsten Tage war der Trismus objektiv an behinderter Mundöffnung erkennbar und erst nach 2 Tagen wohl entwickelt und dann sogar sehr extrem und hartnäckig, während er bei den vorher erwähnten Fällen nicht ganz vollständig war. Alle diese Fälle verliefen günstig, z. T. auffallend günstig. Dagegen gestalteten sich die Fälle, bei welchen in sehr schneller Aufeinanderfolge Lokalsymptome, Trismus, Opisthotonus und allgemeine Krämpfe auftraten, durchweg schwer bzw. verliefen schnell tödlich. Z. B.: lokale Zuckungen, am nächsten Tage Trismus, im Laufe desselben Tages noch Rücken- und Bauchmuskelspannung, Opisthotonus, allgemeine Zuckungen. Oder: 2 Tage lang Lokalsymptome, am 3. Tage morgens mit Trismus erwacht, ohne daß am Abend vorher Kaubeschwerden vorhanden gewesen waren, am 4. Tage Nackensteifigkeit, Schluckbeschwerden, Härte der Bauchmuskeln, im Laufe des Tages Opisthotonus und Schluckkrämpfe. Es ist bekannt, daß die Regel: lange Inkubationszeit, leichter Verlauf auch Ausnahmen hat. Es gibt schwere, ja tödlich verlaufende Fälle mit sehr langer Inkubationszeit. Ich sah zwei solcher Fälle, deren einen ich weiter unten ausführlicher beschreiben werde.

Auch bei diesen ist die Rapidität der Entwicklung der klinischen Erscheinungen bemerkenswert. Der eine hatte eine Inkubationszeit von 27 Tagen! Beginn der Erscheinungen mit lokalen schmerzhaften Zuckungen im verletzten Bein und Kaubeschwerden in der Nacht vom 31. Oktober zum 1. November. Am 1. November abends bereits ziemlich starker, aber nicht vollständiger Trismus, Opisthotonus, starke Bauchmuskelspannung, allgemeine Krämpfe. Am 7. Tage der Erkrankung Exitus. Bei dem anderen betrug die Inkubationszeit 21 Tage! Im Verlaufe von 2 Tagen entwickelten sich neben allgemeiner Erregtheit und Ueberempfindlichkeit Trismus, Nacken- und Rückenmuskelkrämpfe, Bauchmuskelspannung, am nächsten Tage Schluckkrämpfe, in der Nacht vom 3. zum 4. Tage Exitus. Daß übrigens die Dauer der Inkubationszeit irgendetwas mit der Länge der vom Gift zu durchwandernden Nervenstrecke von der Eintrittsstelle bis zum Rückenmark zu tun hätte, wie behauptet worden ist, kann mit Bestimmtheit in Abrede gestellt werden. Für die Prognose ist es ferner von Bedeutung, in welchem Maße die Atmung, das Schluckvermögen, der Kehlkopf betroffen sind. Relativ langsamer Puls ist prognostisch günstig, aber nicht ausnahmslos. Von Beginn an beschleunigter und labiler Puls ist prognostisch ungünstig. Fieberhafte Pulsbeschleunigung bei eitrigen Prozessen braucht die Prognose nicht zu trüben. Endlich ist gute Reaktion der Krampfzustände auf die Narcotica prognostisch günstig, während das Gegenteil zwar nicht gerade ungünstig ist, aber doch auf einen schweren Verlauf deutet. Entscheidend ist stets die Individualität des Falles“. (B. kl. W. 1915 Nr. 11.)

Beitrag zum Kapitel Herzbefunde bei Verwundeten und krank vom Felddienst Heimkehrenden. Von Landsturm-Oberarzt Dr. Carl Mirtl (Aus dem k. u. k. Garnisonspital Nr. 7 in Graz). Der Perkussionsbefund (Größe der absoluten Herzdämpfung) ist insofern leicht trügerisch, als ungemein häufig eine aus denselben Strapazen hervorgehende Lungenblähung vorhanden ist. Es ist also die Größe der relativen Herzdämpfung, besonders in leicht vorgebeugtem Stehen, verlässlicher als die der absoluten in Rückenlage, wovon uns die Röntgendurchleuchtung ja sehr leicht überzeugt. Die Röntgenkontrolle hat außerdem noch den Vorteil, uns am raschesten und sichersten über den Aortenbefund aufzuklären. Denn wenn wir über rein funktionelle Herzüberdehnungen klar sehen wollen, müssen wir unbedingt die Aortitis luetica als Teilerscheinung der leider noch immer nicht gewürdigten viszeralen Lues mit unter die Vitien zählen, ob Herzgeräusche da sind oder nicht. — Verf. konnte derart eine Reihe von Aortendilatationen luetischen Ursprunges schon wenige Jahre nach dem Primäraffekte

nachweisen, die zweifellos erst durch die Strapazen in dem Maße aufgetreten sind, daß sie Beschwerden auslösten. Nach Ausschaltung aller bisher mehr oder weniger latenten Vitien bleibt dann noch eine ganze Reihe von Fällen übrig, über deren Auffassung „als Ausdruck mehrfacher, binnen kurzem aufeinanderfolgender Ueberdehnung des Herzmuskels eventuell sogar mit den Geräuschen der relativen Klappeninsuffizienz“ wohl kein Zweifel obwalten kann. Die beobachteten Funktionsstörungen (labiler Puls besonders bei Lagewechsel mit erhöhter Frequenz) sind zum Teil auf Rechnung erhöhter Beweglichkeit des Herzens zu setzen, zum Teil auch psychisch-reflektorisch bedingt. Gerade letzterem Umstande soll und kann schon während der chirurgischen oder internen Rekonvaleszenz vollauf Rechnung getragen werden, insbesondere erfordern nervöse Schlafstörungen (Schreckträume) eine entsprechende Medikation. Eine völlig glatte Restitutio des Status quo ist trotz völligem Schwinden aller Schwächesymptome nicht anzunehmen, was sich durch wiederholte Untersuchung am Röntgenschirm nachweisen läßt. Es bleibt vielmehr leicht das Analogon zum „Sport“- oder „Berg“-Herzen, also das „Feld“-Herz in Form einer mäßigen Hypertrophie zurück. Daß dies von vielen nicht gleichgültig empfunden wird, beweisen uns die Erfahrungen an den Balkankriegen von 1912/13. Es ist somit geboten, allen derartigen Fällen ähnliche Reparationsbedingungen zu schaffen wie etwa dem physiologisch-hypertrophierten Herzen der Wöchnerinnen, also die ersten Wochen größte körperliche Ruhe, und diese sollen auch Leichtverletzte, die sonst gehen könnten, strenge einhalten. In höheren Graden kommen natürlich die bekannten physikalischen Herzmittel: CO₂-Bäder, Herzkühler, auch kleine Gaben Digitalen und vor der Wiederaufnahme körperlicher Arbeit vorsichtig dosierte Schottische Selbstwiderstandsgymnastik als Vorübung in Betracht. Nicht beachtete Fälle bleiben „Sport“-Herzen und haben als solche mehr und frühzeitiger Neigung zur Arteriosklerose und Schädigung des Myokards und Klappenapparates, indem die überflüssige Muskelmasse selbst wieder eine Belastung des Muskels, die überflüssige Schlagenergie eine unnötige Strapaze der Klappen darstellt. Endlich sei daran erinnert, daß solche Herzen später, jedoch noch rechtzeitig, ein dankbares Gebiet der Röntgenbestrahlung sind.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 11.)

Die Prognose der Nervennaht bei Verletzungen des peripherischen Nervensystems, insbesondere bei Schußverletzungen. Von Generaloberarzt Prof. Dr. Steinthal (Aus der militär-chirurg. Abteilung d. Katharinenhospitals zu Stuttgart). Es sind die Ergebnisse der Friedenspraxis durchaus nicht so günstig, wie allgemein

angenommen wird, trotzdem in der Mehrzahl der Fälle für die Operation durchaus günstige Verhältnisse vorliegen. Nun könnte man vielleicht einwenden, daß alle bisherigen Nervennähte nicht streng nach modernen Grundsätzen unter Berücksichtigung der inneren Topographie des betreffenden Nerven ausgeführt worden sind und daß darin ein wesentlich verschlechterndes Moment für die Prognose liegt. Es kommt aber bei den Schußverletzungen noch ein sehr erschwerender Umstand hinzu. Bei denselben liegen sicher viel schwerere Zerstörungen vor wie in der Friedenspraxis. Verf. hat bis jetzt 36 Nervenoperationen ausgeführt. Die Gesamtzahl der Nähte betrug 23, die der Neurolysen 13. Es ist eigentlich in allen Fällen aufgefallen, in was für derben Narbenmassen die verletzten Nerven lagen und wie weit sich diese Narben in die Nervenbahnen herein erstreckten. Das sind andere Verhältnisse wie bei den einfachen Stich-, Hieb- und Schnittverletzungen, und wir werden sie sicher für die Prognose unserer Nervennähte in Rechnung stellen müssen. Daß ohne Operation die Prognose der Nervenverletzungen in denjenigen Fällen, wo entweder eine vollständige Kontinuitätstrennung vorliegt oder der Nerv in schwierige Narbenmassen eingebettet ist, als eine durchaus ungünstige betrachtet werden muß, ist ohne weiteres klar, und wir sind deshalb verpflichtet, in allen denjenigen Fällen, wo innerhalb eines gewissen Zeitraumes eine Besserung der Nervenschädigung nicht eintritt, den geschädigten Nerven freizulegen und an ihm die entsprechende Operation nach modernen Grundsätzen vorzunehmen. Als bester Zeitpunkt für die Operation wird allgemein die Zeit im 4. bis 6. Monat nach Eintritt der Nervenschädigung genannt. Es kann sich bei unseren Kriegsverletzungen nur um sogen. sekundäre Nervennähte handeln. Wir sind gezwungen, so lange zu warten, bis die Wunden vollständig geschlossen sind, und noch einige Zeit länger, damit wir sicher in einem aseptischen Gebiet operieren, denn eine aseptische Heilung ist eine wesentliche Vorbedingung für das Gelingen der Nervennaht. Wünschenswert wäre es ja allerdings, möglichst bald nach stattgefundener Verletzung die sogen. primäre Nervennaht vorzunehmen, weil mit der Länge des Zeitraums von der Verletzung ab die degenerativen Prozesse in dem verletzten Nervengebiet zunehmen. Indessen sind wir einmal gezwungen zu warten, um ein aseptisches Operationsfeld zu bekommen, und weiter haben wir leider keinen sicheren Anhaltspunkt, um im voraus zu sagen, ob eine scheinbar schwere Nervenschädigung (vollständige Lähmung mit totaler Entartungsreaktion) nicht doch auch ohne Operation zur Ausheilung kommen kann. Wenn wir aber operieren, wird es immerhin gut sein, mit nicht zu großen Hoffnungen an die Operation heranzutreten und die

Verletzten darauf aufmerksam zu machen, daß die Operation wohl unbedingt notwendig sei, für einen vollen Erfolg aber eine absolute Garantie nicht übernommen werden könne.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 15.)

Kasuistisches.

Lungenschuß ohne Lungenerscheinungen. Von Dr. W. Unverricht (Aus dem Waldsanatorium Davos). Ein wegen leichter Lungentuberkulose zur Kur weilender Offizier zeigte bei der Röntgenaufnahme in der linken Thoraxseite ein Geschöß, von dessen Existenz er nichts wußte. Er gibt an, am 8. September beim Abschreiten der Schützenlinie einen Gewehrschuß am linken Oberarm erhalten zu haben, so daß er zu Boden fiel. Wegen der ziemlich starken Blutung ließ er sich die Wunde von einem Sanitätsunteroffizier verbinden. Dabei äußerte der Offizier seinen Ärger darüber, daß diese, doch anscheinend nur leichte Armverletzung ihn umgeworfen hatte. Irgendwelche Erscheinungen vonseiten der Lunge traten weder kurz nach der Verwundung noch späterhin auf, weder Husten noch Auswurf, geschweige denn blutiges Sputum. Der Patient gibt dies auf das bestimmteste an, da er nach der Verletzung keinen Moment bewußtlos war. Objektiv finden sich geringe alte tuberkulöse Veränderungen in der rechten Spitze. Linke Lunge normal. Am linken Oberarm unterhalb des Kopfes eine 3 cm lange, 1 cm breite, feste, rote Einschußnarbe; Ausschuß fehlt. Auf dem Röntgenbild sieht man in der linken Lunge das Bild eines französischen Vollgeschosses, das mit der Spitze nach der Achsel zu liegt. Messungen ergeben, daß das Geschöß sich 16 (Spitze) bzw. 19 cm (hinteres Ende) von der Platte entfernt befindet. Es liegt also in der Lunge schräg von hinten nach vorn. Die Umdrehung des Geschosses im Körper beweist, daß es, worauf Kirchner kürzlich hingewiesen hat, mit abgeschwächter Kraft in den Körper eindrang und infolge des Widerstandes an den Körperweichteilen sich umdrehte. Daher fehlt auch der Ausschuß. Die Angaben des Offiziers bestätigen das. Der Feind schoß aus einer solchen Entfernung, daß der Offizier seinen Leuten wegen der geringen Treffsicherheit das Feuern untersagt hatte. Diese Abschwächung der lebendigen Kraft hat auch wohl bedingt, daß das Geschöß keine größeren Zerreißen in der Lunge gemacht hat. Allein die Tatsache, daß nach der Verwundung gar keine Lungenerscheinungen, nicht der geringste Husten bzw. blutiger Auswurf aufgetreten sind, scheint doch der Erwähnung wert zu sein.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 16.)

Funktionelle Stimmbandlähmung im Felde. Von Dr. H. Pape-Nordhausen. Auf der inneren Station des Feldlazarets 9 nahm Verf. Gelegenheit, 6 derartige Fälle, die ihm innerhalb einiger Tage begegneten, zu untersuchen. Es stellte sich heraus, daß bei allen 6 es sich um eine typische funktionelle Stimmbandlähmung handelte. Ein anatomischer Befund war bei keinem zu erheben. Bei der laryngoskopischen Untersuchung bewegten sich die Stimmbänder und konnten vorübergehend zu völligem Schluß gebracht werden. Bei Fall 1 handelte es sich offenbar um einen Menschen mit labilem Nervensystem. Bei den anderen konnte kein Anhalt dafür gefunden werden. Annehmen möchte man es wohl auch. Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß ein Feldzug mit seinen vielfachen psychischen Traumen zu funktionellen Nervenstörungen mannigfach Anlaß geben kann. Die funktionelle Stimmbandlähmung scheint mit in erster Linie zu stehen. Bei der relativ geringen Zahl der Beobachtungen möchte Verf. die Frage offen lassen, ob es Zufall ist, daß alle Betroffenen der Infanterie angehören, die den Gefahren und Schädigungen des Feldzuges am unmittelbarsten ausgesetzt ist.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 11.)

Isolierte beiderseitige Neuralgie des ersten Trigeminusastes als Schußverletzung. Von K a s t a n. Willy W. erhielt am 7. Oktober einen Schuß. Die Einschußöffnung befand sich am Austrittspunkt des ersten rechten Trigeminusastes. Der Schußkanal ging dann unterhalb der Haut der Stirn. Das Geschoß trat an der Austrittsstelle des linken ersten Trigeminusastes aus. Es war weder die äußere Haut, noch die Stirnbein- und Augenhöhle verletzt. Auch die Stirnmuskulatur und die sie motorisch versorgenden Nerven waren intakt. Die Stirn konnte gerunzelt, die Lider geschlossen werden. Die Trigeminusäste waren nicht zerstört, denn es bestand gut erhaltene Schmerz- und Berührungsempfindlichkeit. Hingegen waren die beiderseits supraorbitalen Druckpunkte äußerst schmerzhaft. Spontan bestehen nur Schmerzen im Gebiet der beiderseitigen Stirnäste. Es wird sich also einerseits um eine entzündliche Veränderung in der Nervensubstanz und den Nervenhiillen (Perineuritis) handeln, anderseits werden im Wundkanal und den benachbarten Geweben kleinere Blutungen und sich retrahierende Narben auf den Nerv drücken. Darum gibt auch der Erfolg der bisher angewandten Therapie — Elektrotherapie und resorbierende Jodsalbe — recht. Sollte es nötig werden, so würde später hier zur Auflösung der narbigen Gewebsteile die Anwendung von Fibrolysin in Frage kommen.

(Verein f. wissenschaftl. Heilk., Königsberg, 23. XI. 14.)

Herzbefunde bei Kriegsteilnehmern. Von Carl Maase und Hermann Zondek (Aus der I. Medizinischen Universitätsklinik der Charité in Berlin). Unter den in der I. Medizinischen Klinik aufgenommenen Verwundeten hatten Verff. Gelegenheit, die Herzen von 40 Soldaten gleich nach ihrer Ankunft röntgenologisch aufzunehmen. In der Anamnese der Leute war nichts vorhanden, was von sich aus eine Veränderung der Herzen hätte bewirken können. In allen Fällen wurden Fernaufnahmen gemacht. Einige Zeit nach der ersten Aufnahme (4—10 Wochen) wurden sie wiederholt, und zwar in der gleichen Stellung der Patienten und unter den gleichen Bedingungen wie das erstemal. Gleichzeitig wurden bei den Leuten — soweit ihre Herzen Besonderheiten darboten — elektrokardiographische Kurven zu verschiedenen Zeiten aufgenommen. Es handelte sich durchweg um Soldaten, die kurz nach Beendigung von sehr großen strapaziösen Märschen leicht verwundet aufgenommen worden waren. Ihre Marschleistungen beliefen sich im Durchschnitt auf etwa 40—45 km täglich, bisweilen 4 Wochen lang und darüber hinaus (im allgemeinen also etwa 1500 km, die in etwa 30 Tagen zurückgelegt waren). Bedenkt man, daß die enormen Marschleistungen ohne größere Ruhepausen, häufig ohne vorheriges Training und nicht zuletzt unter starken seelischen Aufregungen geschehen sind, so stellen sie in der Tat Ansprüche an die Leistungsfähigkeit des Herzens, wie sie unter den Verhältnissen des Friedens kaum jemals praktisch vorkommen. Es ist deshalb wohl zu begreifen, daß in einem erstaunlich hohen Prozentsatz der Fälle die Herzen der betreffenden Soldaten auffallend große Abweichungen von der Norm in bezug auf ihre Volumina zeigten. Neben den Fällen, in denen sich die Vergrößerung der Herzhöhlen in etwa gleichem Maße auf alle Teile des Herzens erstreckte, fanden sich solche mit isolierten Erweiterungen des einen oder anderen Herzteiles. Mit Vorliebe scheint die Dilatation das rechte Herz zu betreffen. Daneben finden sich allerdings eine ganze Anzahl von Silhouetten, bei denen die Volumenzunahme sich in derselben Weise auch auf den linken Ventrikel und auf den linken Vorhof bezieht. In einer Reihe von Fällen wiederum ist neben dem linken Vorhof auch der Arcus pulmonalis erweitert, so daß die Gesamtbilder wegen der ausgeglichenen linken Herzbögen an mitralkonfigurierte Herzen erinnern. Dabei muß man allerdings von der Konfiguration des rechten Vorhofs absehen, der häufig gerade bei diesen Herzen nicht dilatiert erscheint. Das gewöhnliche und in der Mehrzahl unserer Aufnahmen vorhandene Bild ist aber dasjenige des gleichmäßig dilatierten Herzens. Bemerkt sei, daß die Dilatationen bis zu 10 Wochen nach den ersten Aufnahmen keine wesentliche

Rückbildungstendenz zeigten. Die Funktion der Herzen war im ganzen gut. Zwar klagten die Patienten besonders im Beginn über allerhand Sensationen in der Herzgegend, hatten häufig eine blaß-livide Hautfarbe, die Funktionsproben zeigten nach kurzen, einmaligen Anstrengungen (zehnmaliges Hinauf- und Hinunterlaufen einer Treppe) ein allmähliches Absinken der hochangestiegenen Pulsfrequenz. Diese Beschwerden besserten sich aber recht schnell ohne besondere Behandlung. Die Leute konnten bis auf wenige Ausnahmen — soweit nicht andere Gründe dagegen sprachen — als felddienstfähig entlassen werden. (D. m. W. 1915 Nr. 13.)

Längerdauernde Krankheitserscheinungen in zeitlichem Zusammenhang mit der Typhusschutzimpfung. Von Dr. Erich Toenniessen (Aus dem Reservelazarett Erlangen). Im Reserve-lazarett Erlangen wurden bisher 1780 Personen gegen Typhus immunisiert. An den meisten wurden 3 Injektionen ausgeführt, so daß im ganzen über 4000 Impfungen vorgenommen wurden. Meist verursachten die Impfungen nur geringe Allgemeinreaktionen: Mattigkeit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, normale oder höchstens subfebrile Temperaturen unter 38° , sowie mäßige Lokalreaktionen: Druckempfindlichkeit, Rötung und geringe Schwellung der Einstichstelle. Temperaturen über 38° fanden sich in 0,8 % aller Impfungen, über 39° in 0,2 %. Bei höherem Fieber waren die Allgemeinreaktionen ziemlich beträchtlich: große Mattigkeit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit bis zu lebhafter Unruhe, hier und da Erbrechen und Durchfälle, ebenso war in diesen Fällen die Lokalreaktion sehr heftig: ausgedehnte Schwellung und Rötung der Haut, Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen und beträchtliche ausgedehnte Schmerzen. Abszedierung fand nie statt. Die mit Fieber verlaufenden Fälle hatten bei 3 mal wiederholten Injektionen nie öfters als einmal Fieber über 39° . Das Fieber stellte sich meist nach der ersten oder zweiten Injektion ein, nie erst nach der dritten, obwohl diese die größte Zahl von Bazillen enthält. Regelmäßige Beziehungen zwischen der Fieberwirkung der ersten und zweiten Injektion ließen sich nicht feststellen; bald hatte die erste, bald die 2. Injektion Fieber zur Folge. Ganz vereinzelt verursachten zwei, nur in einem Falle alle 3 Injektionen Temperaturen über 38° . Im allgemeinen reagierten also auch die empfindlicheren Patienten auf die dritte Injektion nicht mehr mit Fieber, es war also im Laufe der vollkommen durchgeführten Immunisierung ein Abklingen der Reaktionen zu beobachten. Die Folgen der Injektionen waren meist nach 2—3 Tagen verschwunden, auch bei den mit schweren Allgemeinerscheinungen und hohem Fieber verlaufenden

Fällen war nach einigen Tagen der Zustand völligen Wohlbefindens wieder erreicht. Doch sollen als Ausnahmen von der Regel zwei Fälle nicht verschwiegen werden, die durch eine Venenthrombose längerdauernde Folgeerscheinungen der Impfung zeigten.

(M. m. W. 1915 Nr. 13.)

Skotom beim Blick in die Sonne. Von Franke. Verf. demonstriert eine junge Dame, welche 8 Tage zuvor durch wiederholtes Sehen in die Sonne mit ungeschütztem rechten Auge sich eine Affektion der Macula lutea dieser Seite zugezogen hatte. Die ersten Störungen traten 24 Stunden später mit Flimmererscheinungen ein; 24 Stunden darauf bestand ein positives zentrales Skotom. Als Verf. die Patientin am 4. Tage nach Eintreten der ersten Störungen sah, bestand zentrales Skotom bei freiem Gesichtsfeld. Finger nur in wenigen Fuß gezählt. Ophthalmoskopisch graue Trübung von etwa einem Drittel der Macula lutea, die Aurea einschließend. Von dieser letzteren ging nach oben, bis an den Rand der Macula lutea reichend, eine keulenförmige Blutung. Unter indifferenter Behandlung ging das zentrale Skotom zurück und bildete sich ein Ringskotom, wie es von Jeß beschrieben ist. Einige Tage später zerfiel dieses in mehrere, durch normales Gebiet getrennte Teile, die Sehschärfe hob sich auf Fingerzählen in 4—5 m. Das Augenspiegelbild, das sich nicht sehr wesentlich in den verflossenen 8 Tagen geändert hatte, wird am Hellstrandschen großen Augenspiegel gezeigt. Zugleich wird kurz die Theorie dieses letzteren besprochen.

(Aerztl. Verein i. Hamburg, 26. V. 14.)

Ueber isolierte Perichondritis des Processus ensiformis. Von Dr. Edgar Ruediger (Aus dem Sanatorium für innere und Nervenkrankheiten in Konstanz). Im Verlauf einiger Jahre hat Verf. in 3 Fällen eine isolierte Perichondritis des Processus ensiformis beobachtet, die von keinerlei sonstigen Erkrankungen der Rippen oder des Brustbeins begleitet war, auch waren solche nicht vorausgegangen. Die Fälle waren durchaus verschiedenartig, so daß die Genese der Veränderung nicht ohne weiteres zu deuten war. Im 2. und 3. Fall war Lues vorausgegangen, allerdings lag sie im zweiten nur wenige Monate, im dritten 25 Jahre zurück. Im 1. Fall der schweren Myokarditis war eine syphilitische Infektion nach der Anamnesis mariti et matrimonii auch nicht unwahrscheinlich. Man könnte somit immerhin an eine syphilitische Provenienz der beschriebenen Veränderung denken, doch möchte Verf. diese Aetiologie nicht als absolut sicher bezeichnen. Auffallend häufig findet man auch Gestaltsveränderungen des nicht

entzündlich veränderten Schwertfortsatzes, starke, nach vorn konvexe oder konkave Wölbung und merkwürdige Torsionen, welche vielleicht auf frühere Perichondritiden zurückzuführen sind.

(M. m. W. 1914 Nr. 43.)

Zur Kenntnis des Asthma cardiale beim Kinde. Von Priv.-Doz. Dr. P. Rohmer (Mediz. Univ.-Klinik Marburg). Die Beobachtung zeigt, daß typisches Asthma cardiale auch beim Kinde vorkommt. Es handelte sich bei dem 6jährigen Mädchen um eine bei einem dekompensierten Herzfehler, der durch die Behandlung kompensiert worden war, plötzlich und ohne Vorboten einsetzende schwere Dyspnoe, welche bei zunächst negativem sonstigen Befunde mehrere Tage anhielt und schließlich unter Lungenödem zum Tode führte.

(M. m. W. 1914 Nr. 43.)

Superinfektion bei Tabes dorsalis. Von Dr. A. Pöhlmann (Aus der Kgl. dermatologischen Poliklinik zu München). Ein 63jähriger Herr, der sich vor 36 Jahren syphilitisch infiziert hatte und ganz ungenügend behandelt worden war, leidet jetzt an Aortensklerose und beginnender Tabes. Bei diesem Herrn trat ca. 12 Tage nach einer Infektionsgelegenheit am inneren Präputialblatt eine Erosion auf, aus der sich eine elevierte Papel und unter allmählicher Induration bis ca. zum 30. Tage post infectionem ein knorpelharter, oberflächlich erodierter Knoten entwickelte. Die anfangs negative WaR. wurde mit Ausbildung der Induration komplett positiv. Die Affektion heilte erst auf eine energische kombinierte Mercinol-Salvarsanbehandlung ab, und zwar sehr träge: erst 3 Wochen nach Einleitung der spezifischen (auch lokalen) Therapie war die Erosion überhäutet, und nachdem der Patient 11 Mercinolinjektionen und 5 Neosalvarsaninfusionen erhalten hatte, war immer noch ein minimales hartes Knötchen zurückgeblieben.

(M. m. W. 1914 Nr. 45.)

Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis des syphilitischen Primäraffektes am Nabel. Von Prof. Dr. Rille, Direktor der dermatologischen Klinik an der Universität Leipzig. Verf. gibt noch 3 Fälle an, die ihm zur Kenntnis gekommen sind. Fall 1 betrifft ein junges Mädchen, dem die infizierende Person mit dem erigierten Penis auf dem Nabel herumgespielt hatte, Fall 2 einen Fußballspieler, der in der Gaderobe des Spielplatzes ein nicht ihm gehörendes Trikotbeinkleid angezogen, Fall 3 einen Soldaten, der das Hemd eines Kameraden getragen hatte.

(Derm. Wschr. 1914 Nr. 46.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Sterilisierung und sterile Aufbewahrung chirurgischer Instrumente im Kriege. Von Sanitätsrat Dr. Karl Gerson, Schlachtensee bei Berlin. Chirurgische Instrumente (Messer, Scheren, Pinzetten) werden im ganzen Bereiche der Schneiden 2mal je 1 Minute mit in Seifenspiritus getränkter Verbandwatte abgewischt, mit ebensolcher fest umwickelt, so beliebig lange aufbewahrt und unmittelbar vor dem Gebrauch ihrer Wattehülsen durch einfaches Abziehen entkleidet. Sie sind dann ohne weitere Desinfektion aseptisch und zur Operation gebrauchsfähig. Zur Umwicklung von Scheren und Pinzetten legt man das in Seifenspiritus getränkte Stück Watte zwischen die Branchen, schließt diese und dreht die Watte fest um sie herum. Die Zuverlässigkeit dieses Verfahrens hatte Verf. durch bakteriologische Versuche nachgewiesen. Die Wirkung des Umwicklungsverfahrens beruht auf 3 Faktoren: 1. auf dem mechanischen Abreiben der infizierten Instrumente, 2. auf der chemischen Wirkung des Seifenspiritus und 3. auf dem Luftabschluß infolge der Seifenspirituswattehülle. In Kriegszeiten hat diese Methode nun noch den Vorteil, daß die Instrumente schnell zusammengepackt werden und infolge der Wattehülle aneinander nicht reiben und sich beschädigen können und nur wenig Raum beanspruchen. Ist die Einwicklung jedes einzelnen Instruments vorschriftsmäßig fest erfolgt, so übersteht sie auch starke Erschütterungen, wie sie der häufige Transport im Kriege mit sich bringt, und kann sich nicht vom Instrument lösen. Vielmehr bleiben die umwickelten Instrumente wochenlang in der Wattehülle steril. Ist gerade kein Seifenspiritus vorhanden, so kann man mit Schnaps oder Brennspritus und Seife einen brauchbaren Seifenspiritus selbst herstellen. Ist auch kein Schnaps mehr da, so wird er zur Not durch mit Benzin- oder Jodtinktur befeuchteter Watte hinreichend ersetzt. Auch Wein, der ja in Frankreich oft in übergroßen Mengen angetroffen wird, kann Seifenspiritus vertreten. (M. Kl. 1915 Nr. 8.)

Vollkommener Ersatz des Benzins durch Carbonum tetrachloratum in der Chirurgie. Von Dr. Krummacher, Ibbenbüren. Carbonum tetrachloratum ist eine Flüssigkeit von 1,630 spezifischem Gewicht und wurde ursprünglich hergestellt durch Ueberleitung von Chlor über glühende Holzkohle; es dient in der Industrie hauptsächlich zur Lösung von Harzen, Kautschuk usw. Das Kilo $\equiv \frac{6}{10}$ l kostet etwa 1,50 Mk. (Bezugsquelle: B. Hadra, Apotheke zum weißen Schwan, Berlin, Spaudauer Straße 40.) Seit

langer Zeit verwendet Verf. Benzin nicht mehr, hauptsächlich wegen seiner Feuergefährlichkeit. Carbonum tetrachloratum reinigt die Haut von Schmutz, Borken, Salbenresten (Mastisol) usw. ebenso leicht und rasch wie Benzin und ist ebenfalls durchaus „reizlos“. Auch in Gemischen von Jodbenzin ersetzt Verf. letzteres durch Carbonum tetrachloratum. (M. Kl. 1915 Nr. 6.)

Der Torfmoosverband in der Kriegschirurgie. Von S. Korach in Hamburg. Zwei Eigenschaften verleihen dem Torfmoos einen ganz besonderen Wert als Wundverband; die eine ist sein Verhalten, weder selbst — auch nicht im abgestorbenen Zustande — einer Zersetzung unterworfen zu sein, noch diese Zersetzung in seiner Umgebung aufkommen zu lassen. Viel wichtiger ist die zweite Eigenschaft, seine Fähigkeit, Flüssigkeit in großen Mengen aufzusaugen. Dieses Wasseraufsaugungsvermögen ist durch den eigenartigen anatomischen Bau, wie er sich im ganzen Pflanzenreich in dieser Art nicht wiederfindet, bedingt; mit seinen durch Löcher kommunizierenden Zellen wirkt das Sphagnum als großer aufsaugender Hohlraum. Diese Aufsaugung erstreckt sich zunächst nur auf die der Wunde direkt aufliegenden Teile des Torfmoosverbandes, von hier aus verbreitet sich das Sekret konzentrisch in dem Mooskissen, so daß Torfmooskissen, die längere Zeit auf einer stark sezernierenden oder blutenden Wunde gelegen, in allen ihren Teilen von Sekret gleichmäßig durchtränkt sind. Nach Verf.s Beobachtungen erfolgt das Eintrocknen des Wundsekretes im Torfmoosverbände so rasch, daß selbst, wenn nach der Operation eine stärkere Blutung erfolgt war, bereits nach 24—36 Stunden der Verband vollständig trocken befunden wurde. Infolge dieses von der Porosität des Sphagnum abhängigen schnellen Verdunstungsvermögens eignet sich der Moosverband vorzüglich zu Dauerverbänden, wie solche bei längerdauernden Transporten von Verwundeten in Betracht kommen. Als Ersatz der Verbandwatte eignen sich vor allem die zerkleinerten Moosblätter, welche, in Gazesäckchen gefüllt, ein sehr weiches, elastisches Verbandmaterial darstellen (Torfmooskissen); geringe Mengen in engmaschiger Gaze eingefüllter Moosblätter bilden bei Operationen einen recht brauchbaren Ersatz der viel teureren Mulltupfer (Torfmoostupfer). Ein fabrikmäßig aus dem Verbandmoos hergestelltes Präparat ist die Torfmoospappe, welche Blätter und Stengel des Sphagnum enthält; sie ist ebenso wie das lose Torfmoos imstande, das Zehnfache ihres Eigengewichtes an Flüssigkeit aufzunehmen, hat aber den Nachteil, bei einer Sterilisierung durch die feuchte Hitze weich und locker zu werden und zu zerfallen; um diesem Zerfallen vorzubeugen, ist es zweckmäßig, vor dem Sterilisieren, nachdem

die Moostafeln in Stücke von zweckmäßiger Größe geschnitten, diese in Mull einzunähen. (D. m. W. 1915 Nr. 11.)

Wasserstoffsuperoxydsalbe zur Behandlung der Kriegsverwundungen. Von Dr. Rudolf Pichler, Primararzt am allgem. öffentl. Krankenhaus in Villach, kommandiert zum k. u. k. Reservespital in Villach. Die Firma Oesterreichische chemische Werke, A.-G. Wien hat auf Anregung des Verf. eine 1—2%ige Salbe hergestellt, und zwar aus ihrem Präparat „Peraquin fest“, einer Verbindung des H_2O_2 mit Karbamid, unter Verwendung reiner Vaseline als Grundlage, nach einem besonderen Verfahren, welches einerseits eine feine und vollständig gleichmäßige Verteilung des H_2O_2 in der Salbe gewährleistet und vor allen Dingen eine unbegrenzte Haltbarkeit des Präparates ergab. Wichtig ist die Verwendung einer reinen Vaseline, weil tierische oder pflanzliche Fette mit H_2O_2 zur Gasbildung führen und wohl durch Entstehen freier Fettsäuren auf den Wunden ein schmerzhaftes Brennen verursachen. Die 1- und 2prozentige Salbe, die von der Firma unter dem Namen „Peraquinsalbe“ in den Handel gebracht wird, büßt nach monatelangem Stehen nichts von ihrer Wirksamkeit ein. Die hauptsächlichste Indikation zu ihrer Verwendung waren unreine, mit jauchigen, zerfallenden, stark eiternden Partien durchsetzte Wunden aller Art; ebenso feuchte Gangrän durch Frost an den Zehen und Fingern, gangränöse Phlegmonen; stark eiternde Wunden nach Osteomyelitisoperationen; alle schwer verunreinigten, wenn auch frischen Wunden, in welche erdige Bestandteile oder anderer Schmutz eingedrungen war; ferner aber auch alle jene bereits älteren, aber nicht rasche Heilungstendenz zeigenden Wunden mit belegten, grauen, schlaffen Granulationen, bei welchen wir allgemein mehr oder weniger leicht ätzende Präparate, wie Argentum nitricum, Jodtinktur usw. zur Anregung der Granulationen verwenden. In diesen Fällen ist es offenbar die Reizwirkung der Salbe, welche günstig einwirkt, und Verf. glaubt nicht mit Unrecht annehmen zu dürfen, daß diese Reizwirkung länger anhält als die der früher angeführten Mittel. Sehr oft ändert sich das ganze Aussehen der Wunde binnen 24 Stunden unter der Salbe vollkommen; an Stelle der früher gelbgrauen schlaffen „ungesunden“ waren frische rote, sukkulente, „gesunde“ Granulationen getreten. Vor allem aber möchte Verf. den Wert der Salbe als Dauerantiseptikum hervorheben, welchem durch den längere Zeit hindurch entwickelten Sauerstoff in statu nascendi einerseits eine direkt bakterizide Kraft zukommt, andererseits die Fähigkeit, jauchige oder faulende Substanzen durch Oxydation zu zerstören. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 11.)

Eine Methode zur Dauerdrainage tiefer Wundhöhlen. Von Dr. Karl Weiler (München). Die vom Verf. ersonnene Methode ist kurz folgende: Ein mehr oder weniger langer gewöhnlicher Drainageschlauch mit einigen seitlichen Oeffnungen kurz vor dem Ende wird mit diesem Ende in die Wundhöhle möglichst bis zu deren Grunde eingeführt. Auf das aus der Wunde herausragende Ende wird ein y-artig gebogenes Glasstück mit dem gekrümmten Schenkel aufgesteckt. Das eine Ende des geraden Schenkels trägt ein kurzes Schlauchstück, das mit einer Schlauchklemme verschlossen ist, während am anderen Ende ein langer, vom Bett bis hinunter auf den Zimmerboden reichender Schlauch abgeht. Sein Ende taucht in ein Uringlas oder sonstiges Gefäß, das bis über das Schlauchende mit Wasser gefüllt ist. Das y-förmige Glasstück¹⁾ wird mittels Bindfaden und Sicherheitsnadel irgendwo an der Bettunterlage oder mit Heftpflaster am verwundeten Körperteil befestigt. Nun wird die Drainage in Gang gebracht. An den aufgesteckten Schlauch wird das Schlauchende eines mit Borlösung oder einer anderen leicht antiseptischen Lösung gefüllten Irrigators mittels Glaszwischenstück angesteckt und die Schlauchklemme geöffnet. Nun fließt die Flüssigkeit aus dem Irrigator, der am besten in einer Höhe von $\frac{1}{2}$ —1 m über der drainierten Wunde gehalten wird, durch den geraden Schenkel des y-förmigen Glasstückes ab. Es leuchtet nun wohl ohne weiteres ein, daß durch den Strom der Irrigatorlösung in dem gekrümmten Schenkel und dem Drainagerohr ein luftverdünnter Raum entstehen muß, dessen Saugkraft das Sekret aus der Wundhöhle hinauf und in den Abflußschlauch und das untergestellte Gefäß hinabführt. Sobald man das Ueberfließen des Sekrets in dem y-förmigen Glasstück beobachtet, kann man die Schlauchklemme zuschnappen lassen und dann den Irrigator abnehmen; denn nun wirkt der ganze Apparat als Saugheber weiter. Beim ersten Anlegen des Apparates dürfte es sich wohl empfehlen, den Irrigatorstrom noch kurze Zeit weiter wirken zu lassen, um schneller eine größere Menge Sekret aus der Wundhöhle zu entfernen. Später genügt es, täglich etwa 2 mal durch Hindurchfließenlassen einer geringen Menge — etwa $\frac{1}{4}$ l — Borlösung eine neue gesteigerte Saugwirkung auszuüben, und den langen herabhängenden Schlauch von darin angesammelten Sekreten wieder völlig zu reinigen. Dadurch wird eine Verstopfung des Apparates sicher verhindert, indem die neubewirkte Saugung auch festere Sekretmassen mühelos entfernt. — Diese Methode gestaltet sich in ihrer Anwendung sehr einfach. Sie gewährleistet einen sicheren, stetigen und schnellen Abfluß

¹⁾ Bei L. Frohnhäuser (München) für 50 Pfg. zu haben.

der Wundsekrete und findet nirgends eine Beschränkung ihrer Verwendbarkeit durch die Lage der Wunde. Besonders vorteilhaft erscheint ihre Anwendung bei Wunden, die keine Abflußmöglichkeiten des Sekretes unter der Wirkung seiner eigenen Schwere darbieten, wie das besonders häufig bei komplizierten Oberschenkelfrakturen der Fall ist. Aber auch bei Wunden, die für einen freien Abfluß der Sekrete günstig gelagert sind, glaubt Verf. die Anwendung seiner Methode empfehlen zu dürfen. Damit kommt man zu einem weiteren nicht unwesentlichen Vorteil der Dauerdrainage, nämlich der Verbandstoffersparnis. Wunden mit Knochenzertrümmerung und Höhlenbildung in den Weichteilen verschlingen infolge ihrer starken Sekretion bei der gewöhnlichen Verbandbehandlung große Mengen von Verbandstoffen, da meist ein mehrmaliger täglicher Verbandwechsel nötig wird. Bei dem geschilderten Drainageverfahren läßt sich der Verbandstoffverbrauch auf ein Geringes beschränken, da nur die äußere Wunde um den eingeführten Drainageschlauch mit einer dünnen, durch Heftpflaster befestigten Lage Verbandgaze gedeckt zu werden braucht, die das mäßige Sekret der Wundfläche aufnimmt. Sie kann wohl meist tagelang auf der Wunde belassen werden und kann erneuert werden, ohne daß der Drainageschlauch aus seiner Lage gebracht wird. Da die äußere Wunde mit den Sekreten aus der Tiefe nicht mehr in Berührung kommt, schließt sie sich außerdem meist sehr rasch, so daß bald nur wenig mehr als die Oeffnung für den eingeführten Drainageschlauch übrig bleibt. Abgesehen von diesem für die jetzigen Verhältnisse äußerst wichtigen Umstande der großen Verbandstoffersparnis, bringt die Methode noch für den Kranken den immer dankbarst empfundenen Vorteil der dauernden Ruhe, da der Verbandwechsel in schonendster Weise möglich ist. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 8.)

Zur Anwendung der Weillerschen Heberableitung. Von Oberstabsarzt Dr. Krecke. Angewendet wurde das Verfahren besonders bei mehreren stark eiternden Frakturen des Oberschenkels und des Oberarms. Wenn man einmal den Gummischlauch angelegt und die Heberableitung in Gang gebracht hat, gibt es in der Tat kein einfacheres Mittel, um die Wunde dauernd trocken zu halten. Der Eiter fließt ständig durch den Gummischlauch ab, und man hat nur nötig, etwa 3 mal im Tag etwas Borlösung durchzuspülen, um den angesammelten Eiter in die am Boden stehende Flasche zu entleeren. Die in der Umgebung der Wunde aufgelegten Verbandstoffe bleiben fast vollkommen trocken und brauchen gewöhnlich nur alle 3 oder 4 Tage erneuert zu werden. Das in der Wunde liegende Gummirohr wechselt man

am besten jeden 4. Tag; doch besteht sicherlich kein Bedenken, den Gummischlauch auch längere Zeit liegen zu lassen. Verf. ist fest überzeugt, daß dem Weilerschen Verfahren eine hohe Bedeutung zukommt, und daß jeder, der dasselbe in geeigneten Fällen anwendet, sich bald von dessen großem Vorteil überzeugen wird. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 8.)

Offene Behandlung eiternder Wunden. Von Feldunterarzt Springer (Aus dem Lazarett I des Festungslazaretts in Breisach). Zusammengefaßt hatte man hier einen Fall einer komplizierten Fußgelenkverletzung, bei der alle eingeschlagenen Methoden versagten und die Amputation nicht mehr vermeidbar schien. Die Einführung der offenen Wundbehandlung hat das Bild mit einem Schlage geändert: das Fieber wich, die Eiterung ließ nach und hörte bald ganz auf; der Fuß schwoll ab, die Wundumgebung war nicht mehr entzündet, die Wunden wurden kleiner und heilten aus. Dazu kommt eine große Zeitersparnis und eine wesentliche Verbilligung der Kosten des Verbandes, so daß Patient, Arzt und Pflegepersonal in gleicher Weise mit der offenen Wundbehandlung hoch zufrieden sind. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 10.)

Bei infizierten Wunden benutzte Dr. R. Koch statt essig-saurer Tonerde Kampferwein:

Rp. Kampfer	1 Teil
Weingeist	1 „
wird nach und nach unter Umrühren mit	
Gummischleim	3 Teile
Weißwein	45 „

versetzt.

Vor Gebrauch schütteln.

Es ist nicht hinreichend bekannt, daß der Kampfer in dieser Form ein ganz merkwürdig gutes Wundmittel ist. Die Wundränder sehen nicht wie sonst nach feuchten Verbänden blaß und gequollen aus, sondern, wenn es sich um noch vaskularisierte Haut handelt, normal gerötet, die Granulationen sind groß und frisch, die Reinigung der Wunde vollzieht sich überraschend schnell, und die schmerzstillende Wirkung wird von den Verwundeten sehr angenehm empfunden. (Ther. Mhf. März 1915.)

Die Behandlung großer Weichteilwunden mit elastischem Heftpflaster. Von Dr. Heermann (Cassel). Verf. hat bereits vor längerer Zeit gezeigt, daß es möglich und oft von großem Vorteil ist, durch elastischen Zug auseinanderstehende Wundränder zu vereinigen, größere Wund- und Geschwürflächen zu verkleinern;

in den heutigen Zeiten dürfte es jedoch von Interesse sein, nochmals darauf hinzuweisen. Der Zweck kann wohl dadurch oft erreicht werden, daß man zwischen 2 zu beiden Seiten der Wunde aufgeklebte Heftpflasterstreifen ein elastisches Band einnäht, weit vollkommener jedoch durch elastische Heftpflaster. Weit über beide Seiten der Wunde hinaus aufgeklebt, führt es in ruhigem Zuge nach und nach die Haut aus dem ganzen Bezirke der Wundfläche zu, entspannt und verkleinert diese, wie es durch kein sonstiges mechanisches Mittel möglich ist. Geliefert wird das elastische Heftpflaster in mehreren Breiten von der Firma Braun in Melsungen. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 8.)

Ortizon. Von Dr. Krecke (München). Die schon von anderer Seite in dieser Wochenschrift empfohlenen Ortizonpräparate haben sich auch dem Verf. bei Behandlung mancher Schußwunden sehr gut bewährt. In Betracht kommen vor allen Dingen die mit ausgedehnten Weichteilerreißungen einhergehenden Artillerieverletzungen; aber auch die Infanteriegeschößverletzungen, die zu ausgedehnter Weichteilertrümmerung geführt haben, werden durch die Ortizonpräparate entschieden günstig beeinflußt. Bei den glatten Infanteriegeschosswunden mit einfachem Ein- und Ausschuß behält selbstverständlich die bisherige einfache Verbandmethode ihre Gültigkeit. Wiederholt wurde aber schon hervorgehoben, daß die ausgedehnten Weichteilerreißungen mit dem Verbandpäckchen in keineswegs genügender Weise versorgt werden können. Ein Ausspülen der Wunde, wie es von mancher Seite empfohlen worden ist, wird, zumal auf den ersten Verbandplätzen, unmöglich sein, abgesehen davon, daß gegen das Spülen auch sonstige Bedenken bestehen. Die Verwendung eines Mittels, das die Reinigung der ausgedehnten Wunden mit den vielfachen Buchten und den tiefgreifenden Nekrosen befördert, erscheint dringend wünschenswert; ein solches Mittel scheint in den festen Wasserstoffsuperoxydpräparaten in glücklicher Weise gefunden zu sein. Das von den Elberfelder Farbenfabriken hergestellte Ortizon kommt einmal in der Form von Stiften, die in die Wunde eingelegt werden können, und ferner in der Form von Pulver, das auf die Wunden aufgestreut wird, zur Verwendung. Die Reinigung der Wunden erfolgt unter der Behandlung mit diesen Präparaten auffallend schnell, die Nekrosen stoßen sich in verhältnismäßig kurzer Zeit ab. Es erscheint nicht unmöglich, daß dabei Verunreinigungen der Wunde (Schmutz, Erde, Kleiderfetzen, andere Fremdkörper) schneller ausgestoßen werden, als dieses sonst der Fall sein dürfte. Unter der Einwirkung des in der Wunde sich entwickelnden Sauerstoffs wird vielleicht auch die Lebensfähigkeit mancher in

die Wunde eingedrungenen Bakterien zerstört, und es erscheint nicht undenkbar, daß besonders die Tetanusbazillen auf diese Weise in der Entwicklung gehemmt werden können. Es mag ein Zufall sein, aber es scheint doch erwähnenswert, daß, seitdem Verf. methodisch alle ausgedehnten Weichteilverletzungen sofort nach der Aufnahme mit Ortizonpräparaten behandelt, er einen Tetanusfall nicht mehr erlebt hat. Ausgedehntere Versuche mit den Ortizonpräparaten, gerade mit Bezug auf die Prophylaxe des Tetanus, dürften vielleicht angezeigt sein.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 8.)

Meine Erfahrungen mit Scobitost. Von P. R o s t o c k (Greifswald). Verf. hat die Erfahrung gemacht, daß die Aufsaugefähigkeit hinter der des Verbandmulls ganz außerordentlich zurücksteht. Außerdem hat Verf. beobachtet, daß das in eine große Ausschußöffnung eingefüllte Scobitost an den Stellen, an denen es mit dem Wundsekret in Berührung kam, in eine ziemlich dichte, schwarze Kruste umgewandelt war, welche den Abfluß der Wundsekrete fast ganz unmöglich machte. Drückte man etwas auf das Scobitost, so quoll zwischen diesem und dem Wundrande der Sekret massenhaft hervor. Nach den von ihm gemachten Erfahrungen kann Verf. das Scobitost nicht empfehlen. Besonders hält er es für einen Verband, der einige Tage liegen muß, für gänzlich ungeeignet.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 10.)

Zur Behandlung der Luxatio claviculae praesternalis schreibt Wilhelm Danielsen in Beuthen, O.-Schl., zurzeit Oberarzt in der Reserve-San.-Komp. 20: Die komplette Luxatio claviculae praesternalis ist recht selten, wird aber infolge ihrer prägnanten Symptome stets leicht erkannt. Ebenso leicht ist die Reposition durch einen Zug an der Schulter nach hinten und außen mit gleichzeitigem Druck auf das verrenkte Köpfchen. Die Schwierigkeit beginnt erst bei der Retention in der normalen Lage. Wir finden in fast allen chirurgischen Lehrbüchern folgende Sätze immer wiederkehren: „Dagegen glückt die Retention fast nie“, — „fast nie gelingt es, die Deformität ganz zu beseitigen“ und ähnliches mehr. Ich bin kürzlich in die Lage gekommen, mit Herrn Dr. med. Mügge eine solche Luxation zu behandeln, wo gleich nach der Reposition die oben genannte Schwierigkeit recht deutlich wurde. Zwar hätten wir uns damit trösten können, daß immer und immer wieder behauptet wird, die Prognose sei im allgemeinen günstig, auch bei nicht gelungener Retention sei die Armfunktion wenig gestört. Demgegenüber aber muß doch angeführt werden, daß häufig über Schmerzen infolge des vorstehenden, nicht reponier-

baren Kopfes geklagt wird, Schmerzen, welche so stark sind, daß sie mehrfach zur Resektion des Schlüsselbeines geführt haben. Auch bleiben in den Fällen, wo es nicht zu einer Verwachsung des luxierten Köpfchens mit dem Sternum kommt, recht erhebliche Bewegungsstörungen bestehen. So berichtet uns Riedinger, daß ein von ihm beobachteter Kranker den Arm der verletzten Seite nur bis zu 45° erheben konnte. Wir ersehen schon aus diesen kurzen Bemerkungen, daß durch die mangelnde Retention Störungen entstehen können. Wir sind daher verpflichtet, Mittel und Wege ausfindig zu machen, um solche Störungen zu vermeiden. Die mir bekannten Behandlungsweisen haben alle dasselbe Prinzip, die Schulter nach hinten zu ziehen, sei es durch Lagerung, sei es durch Verbände. Andererseits wird durch direkte komprimierende Verbände oder Bandagen versucht, das reponierte Ende der Clavicula zurückzuhalten. Während die letzten Methoden ziemlich umständlich und unsicher sind, gehen die ersteren von falschen Voraussetzungen aus, denn die Schulter soll nicht nach hinten, sondern nach vorn gebracht werden, soll nicht das luxierte Claviculaende immer wieder hinausspringen. Sobald ich bei meinem Patienten die Schulter zurücknahm, sprang selbstverständlich das sternale Claviculaende vor. Ich beschloß deshalb, den Verband logischerweise in entgegengesetzter Lage anzulegen, d. h. mit vorgezogener Schulter. Ich erhielt diese Lagerung durch Erheben des Armes und verband dementsprechend den Patienten so, daß ich den Oberarm an die Wange, den Unterarm auf den Kopf bandagierte. So blieb die Luxation reponiert. Die Heilung verlief ungestört, die Bewegungen waren frei und schmerzlos.

(Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 1.)

Ueber Behandlung von Handphlegmonen. Von Max Tiegel. Die Tamponbehandlung von Handphlegmonen hat, auch wenn sie genügend inzidiert sind, die Nachteile, daß der Tampon nicht genügend aufsaugt, sondern die Wunde geradezu verschließt, und daß beim Einführen und Entfernen des Tampons das Gewebe geschädigt wird. Diese Nachteile werden vermieden durch Spreizfedern, wie sie Verf. ersonnen und am Luisenhospital zu Dortmund (Prof. Henle) seit $1\frac{1}{2}$ Jahren erprobt hat. Durch diese Spreizfedern werden die frisch inzidierten Wunden für etwa 24 Stunden klaffend erhalten, nachher klaffen die Wunden meist noch genügend lange Zeit, so daß der Eiter Abzug hat. Des weiteren empfiehlt T., die erkrankte Hand mit einer Schiene so lange zu fixieren, bis der Prozeß im Abklingen begriffen ist. Als Schiene benutzt er ein einfaches Brett, an dessen Ende fünf Metallstäbchen, entsprechend den leicht gespreizten Fingern, ein-

gesteckt werden können. Bei volarer Affektion kommt diese Schiene auf die Dorsalseite; sie wird so weit suspendiert, daß die Hand gerade außer Berührung mit der Unterlage kommt. Die ergriffenen oder bedrohten Finger werden an den Stäbchen so befestigt, daß ihnen noch eine geringe Bewegungsmöglichkeit bleibt. Die gesunden und die nicht mehr gefährdeten Finger bleiben frei und können sich ungestört bewegen. Seit er diese Behandlung durchführt, hat Verf. keine einzige Sehnennekrose mehr gesehen. Auch die funktionellen Endresultate waren gute. Alle Patienten, bei denen die Phlegmone auf Betriebsunfall beruhte, sind innerhalb von 13 Wochen wieder voll erwerbsfähig geworden.

(Beitr. z. klin. Chir. XCI, H. 3. — Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 46.)

Eine einfache Pflasterbehandlung der Mittelfußknochenbrüche mit einigen Bemerkungen zur Statistik des Fußes. Von Szubinski. Verf. behandelt die Brüche der Mittelfußknochen auf folgende einfache Weise: Ein $2\frac{1}{2}$ cm breiter Streifen von Zinkkautschukpflaster wird rund um den Mittelfuß gelegt, indem mit der Umwicklung auf der Mitte des Fußrückens in der Höhe der Tuberositas ossis metatarsi V begonnen und der Streifen um den äußeren Fußrand und durch die Fußsohle wieder zum Fußrücken zurückgeführt wird. Der Mittelfuß wird dabei mit der anderen Hand seitlich zusammengedrückt, wodurch die Metatarsalia genähert und aneinandergedrückt werden, und wodurch außerdem die Höhlung der Fußsohle vermehrt wird. Nach Anlegen des Verbandes können die Leute ohne Schmerzen gehen, die Brüche heilen in verhältnismäßig kurzer Zeit bei dieser ambulanten Behandlung, Dienstfähigkeit trat stets wieder ein. Dieser einfache Heftpflasterstreifen leistet, wie Verf. durch Röntgenbilder nachweist, dasselbe wie die aus mehrfach sich kreuzenden Pflasterzügen bestehenden Verbände. Außerdem erleichtert er die Anwendung von Massage und Bädern, da er vor diesen abgenommen und nachher leicht wieder angelegt werden kann.

(D. militärärztl. Zschr. 1914 Nr. 10. — Zbl. f. Chir. 1914 Nr. 46.)

b) Innere Krankheiten.

Die Typhusbehandlung im Felde. Von Prof. Dr. v. Tabora (Aus den Seuchenlazaretten der Festung Straßburg). Mit 2 Mitteln arbeitet Verf. hauptsächlich: mit Pyramidon (statt der Bäderbehandlung) und mit Digitalis (energische Digitalisierung begegnet allen vom Kreislauf drohenden Gefahren). In der Dosierung des Pyramidons ist er von der ursprünglichen Regel insofern abgewichen, als er pro Tag 7 Eßlöffel (also ca. 105 ccm) einer

1%igen Lösung verabfolgt; zweckmäßigerweise werden davon 5 Eßlöffel am Tage, 2 nachts gereicht; zeigt die Temperaturkurve keine Tendenz zu steileren Zacken mehr, so kann die nächtliche Dosis in Wegfall kommen und schließlich auch die Tagesdosis auf 3 Eßlöffel herabgesetzt werden. Eine vollständige Einstellung der Medikation erfolgt am besten nicht vor Ablauf von 5—7 fieberfreien Tagen; danach erneut auftretende Temperatursteigerungen können zur Wiederaufnahme mittlerer Dosen Veranlassung geben. Alle höher fiebernden oder sonst als mindestens mittelschwer imponierenden Fälle erhalten zunächst 5 Tage lang je 6 mal 0,1 Digipurat; bei besonders schweren wird das erste Gramm in 24 Stunden gegeben. Ist nach Ablauf dieser 5 Tage der Zustand dauernd ernst, die Prognose durch schwerere Lungenerscheinungen u. dgl. getrübt, so wird mit der gleichen, event. allmählich verringerten Dosis noch eine Reihe von Tagen hindurch fortgefahren. Die Toleranz der Typhuskranken gegen das Digipurat ist erstaunlich; unter Hunderten von in dieser Weise behandelten Fällen hat Verf. nur 2 mal — nach einer Gesamtmenge von 7 bzw. 9 g — Erbrechen auftreten sehen, sonst in keinem Falle auch nur Klagen über erhebliche Übelkeit. Interkurrente kontinuierliche Bigeminie sowie Kammersystolenausfälle haben den Endausgang niemals ungünstig beeinflusst. Der Erfolg dieser massiven Digitalisdosen war überaus nachhaltig; Verf. hat z. B. wiederholt Fälle gesehen, bei denen trotz eingetretener Perforationsperitonitis oder Lobärpneumonie der Puls tagelang, fast usque ad finem, gut blieb. Ebenso gehören jetzt Herzstörungen in der Rekonvaleszenz zu den größten Ausnahmen; die erreichte geringe Sterblichkeitsziffer dankt man vor allem dieser energischen Digitalistherapie.

(M. m. W. 1915 Nr. 13.)

Zur Behandlung des Fleckfiebers. Von Dr. Fritz Levy, ordinierendem Arzt der Fleckfieberstation und der bakteriologischen Untersuchungsstelle (Aus dem Kriegsgefangenenlazarett Schneidemühl). Auf seiner Station wurde Hexamethylentetramin per os und subkutan verabfolgt in etwa 60 Fällen. Er hat nach Verabreichung per os bei 5 von 50 Fällen heftige Durchfälle auftreten sehen. Als weitere unangenehme Komplikation zeigte sich bei 4 von den genannten 50 Fällen starke Hämaturie. Eine Heilwirkung wie Herabsetzung oder Verkürzung des Fiebers gelangte nicht zur Beobachtung. Die Remissionszacken schienen in einigen Fällen etwas vergrößert. Weder per os noch subkutan verabreicht ist Hexamethylentetramin (Urotropin) als ein Heilmittel gegen Fleckfieber zu betrachten. Die beste Therapie bleibt: Laue Bäder mit kühlen Abgießungen und sorgfältige Überwachung der Herz-

tätigkeit. (Ol. campherat., Coffein natrio-salicyl., Digitalis.)
(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 16.)

Zur diätetischen Behandlung der Dysenterie. Von Prof. Franz Hamburger (Aus dem k. u. k. Garnisonspital in Mostar). Wenn man Ruhrkranken, die noch blutig-schleimig-eitrige Stühle haben, aber schon wieder Appetit bekommen, Fleischspeisen und Gemüse gibt, so sieht man, daß sie das sehr gut vertragen. Das findet man fast ausnahmslos. Das ist ja auch ganz begreiflich. Hat sich Appetit eingestellt, so ist daraus zu schließen, daß der Magen seine Funktion wieder aufzunehmen bereit ist. Ist aber auch der Stuhl so, daß eine Dünndarmaffektion auszuschließen ist, dann kann angenommen werden, daß die Verdauung im großen ganzen wieder geordnet ist. Man kann dann eben ganz ruhig eine sogen. gemischte Kost geben. Damit will Verf. nicht sagen, daß man in solchen Fällen gleich Rindfleisch und Sauerkraut gibt, sondern zuerst eben Hühner- oder Kalbfleischragout und „leichte“ Gemüse (Spinat, Karotten, Tomatensauce, grüne Erbsen). Das heißt also, man gibt eine Diät wie während oder nach jeder intensiven Fieberkrankheit (Pneumonie, Influenza, Angina usw.). Verf. gibt den Patienten, solange der Appetit darniederliegt oder Erbrechen und „Dünndarmstühle“ bestehen, Schleimsuppen, Kakao, Tee, Rotwein, Zwieback, event. auch Kufekeabkochungen, was besonders bei Kindern zu empfehlen ist, auch Milch ist unbedenklich zu gestatten. Sowie aber Magen- und Dünndarmerscheinungen verschwunden sind und Appetit vorhanden ist, beginnt er mit Hühnerfleischragout, Eiern, Gemüse, und schon nach wenigen Tagen wird Kalbsbraten und Schinken gestattet. Es wird diese Ernährungsart so gut wie immer anstandslos vertragen, und in wenigen Tagen ist der Kranke wieder hergestellt und leistungsfähig. Wie erkennt man denn nun, daß der Dünndarm nicht mehr affiziert ist? Sehr einfach daran, daß der Kranke innerhalb 24 Stunden überhaupt nur blutigen, eitrigen Schleim ohne eigentliche Fäces entleert, oder daß diese dickbreiig oder, wie man das oft sieht, sogar geformt, ja fest sind. Jedermann wird zugeben, daß in solchen Fällen der Dünndarm schon imstande sein dürfte, leichte gemischte Kost zu verarbeiten, selbstredend unter der Voraussetzung, daß der Magen in Ordnung ist. Die praktische Erfahrung stimmt da mit der theoretischen Überlegung gut überein. Verf. hat am Garnisonspital während des Krieges bisher weit über 200 Fälle beobachtet und hat von dieser Art der Ernährungsmaßregeln nie den geringsten Schaden, sondern nur große Vorteile gesehen. Diese bestehen darin, daß die Rekonvaleszenz wesentlich abgekürzt wird, weil die Kranken rascher wieder zu

Kräften kommen, als wenn man sie, solange noch Blut oder gar solange überhaupt noch Schleim im Stuhle ist, nur bei flüssiger Diät hält. Verf. kann sich an Fälle erinnern, die im Zustande der Inanition waren, weil man sie wegen schleimiger Stühle andauernd „vorsichtig“ ernährt hatte. Die Kranken blühen bei entsprechend „unvorsichtiger“ Diät in wenigen Tagen auf. Es ist ganz selbstverständlich, daß schwerere Fälle mit toxischen Erscheinungen oder starker Dünndarmaffektion nicht so ernährt werden dürfen; das geht ja übrigens auch schon deswegen nicht, weil solche Patienten ohnehin keinen Appetit haben und schon von vornherein deswegen gemischte Kost gar nicht annehmen würden.

(W. m. W. 1915 Nr. 13.)

Ueber die Behandlung der bazillären Dysenterie mit Adrenalin. Von Dr. Franz v. Gröer (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik in Wien). Intern verabreicht, ist das Adrenalin (Suprarenin Höchst oder Adrenalin Takamine in 1 prom. käuflicher Lösung) von eminenter Wirksamkeit gegen die dysenterischen Schmerzen, es ist absolut ungefährlich, so daß es z. B. 1—2stündlich (10—20 Tropfen) verabreicht werden kann, wodurch die Patienten schmerzfrei gehalten werden. In Form von Einläufen (bis 2 l einer Lösung 1:1000 000—500 000) hat es sich als äußerst wirksam bei der Bekämpfung der blutigen Stühle erwiesen. Auch in dieser Form beseitigt es die Schmerzen und den Tenesmus, vor allem aber hebt es in geradezu überraschender Weise das Allgemeinbefinden.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 14.)

Die Behandlung des Diabetes mellitus im Felde. Von Dr. Ruediger, leit. Arzt (Aus der inneren Abteilung des Knappschäftslazarets zu Waldenburg, Schl.). Verf. hat mit Opium in leichteren und mittelschweren Fällen recht gute Resultate erzielt; er konnte sogar mehrfach beobachten, daß die gute Wirkung die Zeit der Darreichung nicht unbeträchtlich überdauert. Es genügt meist, 3 mal täglich 0,02 g zu geben; jedenfalls braucht man nicht über 3 mal täglich 0,05 g zu geben. Nach einiger Zeit empfiehlt es sich, eine kurze Frist Brom, 3—5 g pro die, zu geben, das zwar nicht so wirksam ist, aber für die Zwischenzeit, bis man wieder zum Opium zurückgeht, ganz zweckmäßig ist. Auch Natr. salicyl. ist nicht so wirksam; man gebe es aber, wenn eine Idiosynkrasie gegen Opiate besteht oder die hypnotische Wirkung des Opiums zu stark in den Vordergrund trat.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 15.)

Ueber kleine wiederholte Blutentziehungen bei der Behandlung schwerer anämischer Zustände. Von A. Pedenko (Petersburg). Wiederholte Entziehungen geringer Blutmengen (50 bis 120 ccm) sind bei der Behandlung der sogen. kryptogenetischen perniziösen Anämie ein brauchbares Mittel, das entweder ein positives Dauerresultat oder eine zeitweilige Besserung herbeizuführen vermag. Die überaus günstige Wirkung dieses Verfahrens auf den Allgemeinzustand und den Blutbefund der Kranken scheint teils durch einen direkten Reiz auf die Blutbildungsorgane, teils indirekt durch eine Verringerung der mit der perniziösen Anämie einhergehenden Autointoxikationserscheinungen bedingt zu sein. Bei schweren sekundären Anämien jedoch ist die Anwendung wiederholter Blutentziehungen allem Anscheine nach nicht indiziert.

(Russky Wratsch 1914 Nr. 3/4. — M. m. W. 1914 Nr. 26.)

Klinische Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulose-Heilmittel. Von Prof. Dr. L. Brauer (Krankenhaus Hamburg-Eppendorf).

Unsere Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel. Von San.-R. Dr. Gaugele und Dr. O. Schüssler (Krüppelheim Zwickau-Morienthal).

Behandlung des Lupus mit dem Friedmannschen Tuberkulose-Heilmittel. Von Dr. A. Brauer (Danzig).

Ueber bakterielle Verunreinigungen des Friedmannschen Tuberkulosemittels. Von Stabsarzt Dr. Biermann (I. Med. Klinik der Charité in Berlin).

Das Mittel wird nicht immer rein geliefert, es ist keineswegs harmlos und einwandfrei; wiederholt sind schwere Reaktionen danach beobachtet worden. Dazu kommt, daß die therapeutische Wirkung recht zweifelhaft ist. Dies die Quintessenz obiger Veröffentlichungen.

(D. m. W. 1914 Nr. 17.)

Gefäß- und Herzmittel bei Bronchialkatarrh. Von Dr. M. Saenger (Magdeburg). Hydrastin. muriatic. wirkt in 5%iger Lösung (davon 3 mal täglich 10 Tropfen) sehr günstig auf Bronchitis ein. Auch Adrenalin, Renoform. solut., Suprarenin bewirken in der Dosis von 3 mal täglich 10 Tropfen der offizinellen Lösung von 1:1000 eine schnell eintretende wesentliche Erleichterung der Expektoration, ein stetiges Besserwerden der Beschaffenheit des Auswurfes, eine deutliche Abnahme seiner Menge und ein entsprechendes Nachlassen des Hustens. Die gleichen Eigenschaften, nur in ausgesprochenem Maße, besitzt das Koffein und seine Salze. Von diesen

fand Verf. als ganz besonders gut verwendbar das Coffein. natriobenzoicum. Die wirksame Dosis bei einer Lösung von 5:10 Wasser beträgt ebenfalls im Durchschnitt 3 mal täglich 10 Tropfen. Was die Frage betrifft, wie die günstige Heilwirkung der besprochenen Mittel bei Bronchialkatarrh zu erklären ist, so liegt es nahe, diese Wirkung teils auf eine Verengung der peripheren Gefäße, teils auch auf eine Kräftigung der Herztätigkeit, welche der Entstehung örtlicher Kreislaufstauungen entgegenwirkt, zurückzuführen. In ähnlicher Weise ist vielleicht auch die in den letzten Jahren festgestellte Tatsache zu erklären, daß die Nebennierenpräparate ebenso wie Koffein und Digitalis mit großem Nutzen bei der Bekämpfung von Asthmaanfällen verwendet werden können. So lassen sich bereits längere Zeit bestehende asthmatische Zustände mäßigen Grades durch die Anwendung von 3 mal täglich 10 Tropfen der 0,1 proz. Adrenalinlösung oder durch dieselbe Dosis einer $33\frac{1}{3}$ proz. Lösung von Coffein. natr. benz. häufig recht schnell zum Verschwinden bringen. Auch in schweren Fällen, in denen prompte Hilfe not tut, gelangt man nicht selten durch das Einnehmen von 25—30 Tropfen der fraglichen Lösungen zum Ziel. Will man sich der noch zuverlässigeren Subkutaneinspritzung bedienen, scheut aber die bei der Injektion von Adrenalin manchmal beobachteten unangenehmen Nebenwirkungen, so braucht man darum noch nicht zu umständlichen, für den Arzt unbequemen und für die Kranken quälenden Maßnahmen seine Zuflucht zu nehmen, wie sie zur Vermeidung jener Nebenwirkungen jüngst empfohlen worden sind. Denn die Subkutaninjektion der von Weiß empfohlenen Verbindung eines Nebennieren- und eines Hypophysenpräparates, des sogen. Asthmolysins, oder der erwähnten Lösung von Coffein. natr. benz. wirkt in den fraglichen Fällen, ohne mit nennenswerten nachteiligen Folgeerscheinungen verknüpft zu sein, ebenso günstig, wie irgend ein anderes auf irgendeine Weise angewandtes Asthmamittel.

(M. m. W. 1914 Nr. 18.)

Erfahrungen mit Sennatin. Von Dr. O. Lindborn (Sabbatsberg-Krankenhaus zu Stockholm). Das die wirksamen Substanzen der Sennesblätter enthaltende Mittel bewährte sich, intramuskulär (in die seitlichen Teile der Gesäßmuskeln) appliziert (Dosis: 3 ccm) bei nicht allzu schwerer Obstipation, machte jedoch zuweilen Temperatursteigerungen von kurzer Dauer.

(M. m. W. 1914 Nr. 16.)

Azetonalsuppositorien gegen Hämorrhoiden. Von Dr. Alfred Seelig-Berlin. Die vorgenannten Suppositorien haben sich während

einer 2jähr. Beobachtungszeit als recht brauchbar zur Behandlung entzündeter und prolabierter Hämorrhoiden bewährt. Sie bestehen aus Ol. Cacao mit Azetonchloroformsalizylsäureester und Alsol. Dem ersteren wird eine anästhesierende Wirkung zugeschrieben, die auch vorhanden ist, indem stets von den Patienten die kühlende und schmerzstillende Eigenschaft geäußert wird. Auch der Tenesmus verschwindet. Der Alsolgehalt bewirkt als Tonerdeverbindung, daß das entzündete Gewebe sich wieder zusammenzieht, Juckbeschwerden sich verlieren und vorhandene Rhagaden in Heilung übergehen. Mit diesen neuen Zäpfchen konnte Verf. die Disposition zu Hämorrhoiden zwar nicht überwinden, wohl aber die Intervalle erheblich verlängern, bis wieder ihre Anwendung erforderlich wurde. Morgens und abends 1 Zäpfchen während dreier Tage brachten dann wieder auf längere Zeit Ruhe.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 15.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ueber Purium, ein neues Steinkohlenteerpräparat, berichtet Dr. Lalajanz (Prof. M. Josephs Poliklinik, Berlin). Das Purium, von der Fabrik Dr. F. Michaelis, Berlin-Schöneberg hergestellt, enthält alle wirksamen Bestandteile des Steinkohlenteers an Benzoyl- und an Salizylradikale chemisch gebunden, also alle Phenol- und Kresolkörper und deren Derivate, alle empyreumatischen Stoffe, die z. B. in dem bekannten Kreolin enthalten sind, sowie die Schwefel-Rhodan und Cyan enthaltenden Körper. Das reine konzentrierte Präparat ist weich, salbenförmig, bei etwa 60° C zu einer klaren, dunkelbraunen Flüssigkeit schmelzend, die jedoch kaum färbt. Der Geruch ist aromatisch, mit einem sehr geringen Untergeruch nach Teer, der bei den in Betracht kommenden Verdünnungen (bis etwa 20% igen Salben und Lösungen) ganz verschwindet. Eine ätzende oder reizende Wirkung hat auch das konzentrierte Präparat nicht, da es keine freien Säuren und Alkohole enthält. Die Löslichkeitsverhältnisse des konzentrierten Präparates sind für Rezepturzwecke sowie zur Bereitung von Salben aller Art äußerst günstig, da sich mit Leichtigkeit sowohl spirituöse wie ölige Lösungen herstellen lassen. So wurden bei der Behandlung folgende Puriumpräparate verwandt: Salben (Purium c. Lanolin-Vaselin) 2 bis 20%, Pasten (Purium c. Zinkpaste) 2 bis 10%, Lack (Purium c. Aether-Alkohol-Firnis) 20% (dieses Präparat trocknet in einigen Minuten in einer leicht gelblichen Schicht auf der Haut ein und ist eventuell mit Benzin, Aether, Alkohol usw. sofort zu entfernen), Linimente (Purium c. Zinkoxyd, Amylum, Glyzerin, Aqua) in Tuben unbegrenzt haltbar 2 bis 10%. — Was die Anwendungsweise des Präparates angeht, so wurde bei der

Behandlung der akuten oder exazerbierenden Ekzeme erst dann das Purium auf die kranke Haut appliziert, wenn durch entsprechende Vorbehandlung: Umschläge mit essigsaurer Tonerde, Resorzin, Verbände mit Zinköl, Zinkpaste und anderer indifferenten Salben der Heilungsprozeß schon angebahnt war. Nie wurde das Präparat auf stark nässende, bullöse, ödematös gerötete oder infizierte Flächen appliziert. Als zweites Prinzip galt, das Präparat zu Anfang nur probeweise und in schwacher Konzentration an einer kleinen Stelle, und erst dann, wenn es gut vertragen wurde, an einer größeren zu verwenden, und dann stufenweise, tastend, zu stärkeren Konzentrationen überzugehen. Bei diesem Modus, wo das Präparat erst dann auf die erkrankten Flächen appliziert wurde, wenn die akuten Reizerscheinungen schon abgeklungen waren, sah man keine Mißerfolge, insbesondere keine Reizerscheinungen. Bei chronischen Ekzemen mit Verdickungen und Rhagaden sowie bei Lichen chronicus simplex wurden von vornherein die stärkeren Konzentrationen des Präparates angewandt, sei es in Salben- oder Pastenform. Was die Technik der Applikation angeht, so war dieselbe möglichst einfach: die erkrankte Fläche wurde mit Benzin gereinigt und dann mit einer dünnen Schicht Salbe bestrichen, meistens auch ein einfacher Verband angelegt. Bei Pasten kam das Rüböl als Reinigungsmittel zur Verwendung. Die Durchsicht der Krankengeschichten zeigt, daß wir im Purium ein Teerpräparat haben, das bei seiner fast vollständigen Reizlosigkeit eine ausgezeichnete keratoplastische Wirkung entfaltet. Seine juckstillende Wirkung übertrifft dabei die anderen Mittel. Diese Eigenschaften erlauben, bei akuten Ekzemen schon zu einer Zeit zur Teerbehandlung überzugehen, zu der wir es mit Holzteer und seinen Derivaten nicht wagen würden. Bei chronischen Gewebeerkrankungen, tyloformen Ekzemen und Lichen chronicus simplex mit Verdickungen, Rhagaden, Schmerzhaftigkeit und Jucken konnte man die hervorragende, epithelisierende, anämisierende, austrocknende und juckreizstillende Wirkung des neuen Präparates feststellen. Was noch besonders wertvoll am Präparat ist, ist der Umstand, daß es auch die Infiltrationen, die mehr oder weniger bestanden, bei konsequenter Behandlung zum Verschwinden bringt und an den erkrankten Stellen etwas pigmentierte, aber sonst normale Haut zurückläßt. (Derm. Zbl. 1914 Nr. 12.)

Zinkmatten als Unterlage für Druckkollodium empfiehlt Prof. P. G. Unna (Hamburg). Als Druckmittel bei der Behandlung tiefliegender Erweiterungen der Kapillaren und Venen wird Ichthyolkollodium (Kollodium 90, Ichthyol 10) von vielen geschätzt. Es ist bekannt, daß die so schwer zu beseitigenden Naevi flammei

der Erwachsenen durch andauernde Kompression mittels Ichthyolkollodium verhütet werden können, wenn man gleich nach der Geburt damit beginnt. Bei Frostbeulen, frostartigen Erythemen und Oedemen der Extremitätenenden Erwachsener wird Ichthyolkollodium allgemein angewendet. In diesen Fällen stört die braune Farbe nicht. Anders, wenn der milde und doch so wirksame Druck des Ichthyolkollodiums an der Nase und den Backen indiziert ist. Verf. nennt als Hauptindikationen: das Ulerythema centrifugum (Lupus erythematosus) des Gesichtes und der Hände, den echten Frost der Nase und Hände, sodann die ersten Anfänge des Rhinophyms und die Anschwellungen der Nase im Verlauf der gewöhnlichen seborrhoischen Rosazea. In diesen Fällen wird der sehr wirksame Druck des Ichthyolkollodiums zu wenig benutzt, des schlechten Aussehens wegen. Der Grund ist ausschlaggebend, denn da das Kollodiumhäutchen, wenn es die Nacht über gut gewirkt hat, morgens sich nur schwer (mit Spiritus aethereus) und nicht ohne starke Reizung der Haut entfernen läßt, so wird durch den notwendigen Wechsel zwischen Aufpinseln und Abnehmen die ganze gute Wirkung des Druckes vereitelt. Hier hat nun eine Kombination mit Zinkmattan als Unterlage und Bleiwasser als Ueberlage sich vorzüglich bewährt, so daß jetzt in allen eben genannten Fällen die Beihilfe des Kollodiumdruckes nicht mehr entbehrt zu werden braucht. Man reibt zuerst in alle betreffenden Erythemstellen und noch darüber hinaus das Zinkmattan ein, läßt es antrocknen und pinselt nun mit Freilassung eines Randes das Ichthyolkollodium auf. Ueber Nacht kommt noch ein feuchter Umschlag mit Bleiwasser hinzu, und morgens ist das Kollodiumhäutchen so weit gelöst, daß es sich leicht mechanisch und ganz ohne Reizung entfernen läßt. Der so ausgeübte Druck ist natürlich schwächer als der des Ichthyolkollodiums allein, aber doch sehr wirksam, da er ohne Unterbrechung der sonstigen Kur jede Nacht ausgeübt werden kann. Verf. kann diese Kombination auch sonst überall dort empfehlen, wo man das Druckkollodium kurze Zeit anwenden möchte, aber bald wieder zu entfernen wünscht. Als beste Form des Zinkmattans nennt Verf.: Zink. oxyd., Bismuth. oxychlorat., Ol. lini, Aq. calc. aa 10, Mattan 20.

(Derm. Wschr. 1914 Nr. 30).

Zur Klärung der Embarinfrage. Von Dr. H. Renz - Berlin. Seine Erfahrungen zeigen, daß das Embarin sowohl was die Bekömmlichkeit wie die Wirkung anbetrifft, mit zu den besten unserer Hg-Präparate gehört, wenn es nicht bei dem Fehlen der den übrigen Salzen anhaftenden Mängel überhaupt den ersten Platz einnehmen dürfte. — Zur Technik der Embarininjektionen möchte Verf. noch

folgendes bemerken. Embarin hat er ausschließlich intramuskulär in die Glutäen gegeben. Die Tagesdosis beträgt 1—3 ccm. Stets beginnt er mit 1 ccm und steigt, wenn das Mittel gut vertragen wird, bei Frauen und Männern bis 3 ccm; man kann so bei einer Kur von 30 ccm mit 12—15 Spritzen gut auskommen. Die Injektionen werden in Zwischenräumen von 1—4 Tagen gegeben. Besonders ist beim Embarin auf eine äußerst sorgfältige Behandlung der Injektionsinstrumente zu achten. Verf. verwendet nur Glasspritzen mit 2 und 5 ccm Inhalt (Fa. Haertel, Berlin-Breslau) und bewahrt diese Injektionskanülen trocken in Glasschalen auf, spritzt die Kanülen nach Gebrauch zuerst mit Wasser und dann mit 96 proz. Alkohol durch. Während das Embarin früher ausschließlich in Packungen von 10 Ampullen zu je 1,2 ccm in den Handel kam, läßt jetzt die Fabrik große Ampullen zu 6 ccm herstellen. Verf. hält aber auch diese neuen Packungen nicht für zweckmäßig. Es dürfte sich empfehlen, größere Ampullen oder Flaschen zu 10—20 ccm Inhalt in den Handel zu bringen, aus welchen die Flüssigkeit bequem mit der Kanüle oder Spritze entnommen werden kann, was bei der 6 ccm Packung nicht der Fall ist. Die ursprünglichen 1,2 ccm-Ampullen können ja für kleine Praxis beibehalten werden. Bei den größeren Gefäßen wird dann auch leicht eine Preisherabsetzung durchzuführen sein, was im Interesse der möglichst weiten Verbreitung des Präparats und Anwendung in der Spital- und Kassenpraxis nur wünschenswert sein dürfte.
(B. kl. W. 1914 Nr. 47.)

Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Embarin und Merlusan. Von Dr. Max Hesse, aus der Grazer dermatologischen Klinik. „Aus unseren Untersuchungen geht wohl hervor, daß die beiden neuesten antiluetischen Mittel Embarin und Merlusan imstande sind, die Wassermannsche Reaktion in einer großen Anzahl von Fällen im günstigen Sinne zu beeinflussen, welche Resultate in bezug auf die vergleichenden Befunde bei Salvarsan und Salvarsan + Embarin sehr günstige zu nennen sind, die aber auch so ziemlich den bekannten Zahlen anderer Autoren im Durchschnitt entsprechen. Sie zeigen aber auch, daß die Zweifel, die wir in die Untersuchungen Fürths gesetzt haben, nur zu berechtigt waren. Er fand in keinem Fall eine Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Embarin, sowie er dem Merlusan, intern genommen, jede Wirkung auf die Syphilis-erscheinungen abspricht, welchen Befunden wir auf Grund der vorliegenden Untersuchungen auf das Entschiedenste widersprechen müssen und können. Das Embarin hat sich in der Privatpraxis sehr gut bewährt und wird von uns fast als ausschließliches In-

jektionsmittel verwendet, während wir das Merlusan hauptsächlich zur kombinierten Behandlung verschreiben, wenn aus äußeren Gründen eine andere Quecksilberbehandlung unmöglich ist.“

(B. kl. W. 1914 Nr. 46).

Kollargol und Arthigon bei gonorrhoeischen Komplikationen.
Von Marine-Stabsarzt Dr. Renisch. Die Verwendung der Vakzine kommt in Betracht

1. In allen älteren Epididymitisfällen, wo nach Kollargol seit mehreren Tagen keinerlei Reizerscheinungen mehr bestehen. Da Vakzinebehandlung immer zu einer entzündlichen Reaktion spezifischer Art an dem vorliegenden Herd führt, kommt es auch nach vorhergegangener Kollargolbehandlung zu dieser, jedoch verläuft sie sehr milde, und es erfolgt darauf eine außerordentlich starke Abnahme des vorhandenen Krankheitszustandes.

2. Bei einer akuten eitrigen Prostatitis kann die durch die Vakzination zunehmende Entzündung direkt lebensbedrohlich sein, wenn es zu einem Durchbruch des Eiters nach innen kommt. Ist dagegen Kollargol vorher gegeben, so kommt es innerhalb 24 Stunden zu einem erstaunlich schnellen Rückgang der Entzündung, die das ganze kleine Becken ausfüllt, und Abnahme der Beschwerden. Ferner kann man schon am folgenden Tage mit Massage beginnen, was sonst kontraindiziert wäre.

3. Bei Samenstrang- und Samenbläschenentzündung dürfte es nach vorheriger Kollargoldarreichung infolge der Vakzination kaum zu einer peritonealen Reizung mit entsprechenden Beschwerden kommen.

4. Kontraindiziert ist Vakzine überhaupt bei akuten gonorrhoeischen Prozessen des kleinen Beckens, speziell der Salpingitis, wo es auch trotz Kollargolbehandlung zu einer tödlichen Peritonitis kommen kann.

5. Nur bei Arthritis kann man unbeschadet um reaktive Entzündung in den meisten Fällen mit Vakzine anfangen, aber auch hier ist es zweckmäßig, mit Kollargol zu kombinieren, um besser akut entzündlichen Vorgängen entgegenzuarbeiten.

6. Die Vakzine hat unbestritten eine große diagnostische Bedeutung.

Dosierung:

Kollargollösung wird 1%ig in kaltem, frisch destilliertem Wasser hergestellt, dann 10 Minuten im Wasserbad sterilisiert und nach Abkühlung 5—10 cem jeden Tag 8—14 Tage lang intravenös injiziert.

Arthigon wird bei intramuskulärer Injektion mit 0,25 begonnen und in 4tägigen Abschnitten auf 2,0 gesteigert, intra-

venös wird von 0,025 auf 0,2 gegangen, im ganzen höchstens 5 Injektionen.

Die kombinierte Kollargol-Arthigonbehandlung dürfte heutzutage die beste Behandlungsmethode gonorrhöischer Komplikationen darstellen. (M. m. W. 1914 Nr. 38.)

d) Augenkrankheiten.

Zur ambulanten Behandlung äußerer Augenkrankheiten. Von Dr. Bernoulli (Stuttgart). Noviform wirkt prompt und überraschend schnell, reizt nicht und macht keine Schmerzen. Bei Blepharitis, squamöser wie ulzeröser, kann man die Präzipitatsalbe vollkommen entbehren. Bei Blepharitis bewährte sich am besten die folgende Behandlungsweise. Fast jeder Fall von Blepharitis pflegt mit Konjunktivitis oder doch mit konjunktivalem Reiz und Beschwerden einherzugehen; deshalb verordnet Verf. 2—3 mal täglich Zinkbäder. Rp. Zinc. sulf. 1,0; Aqu. fren. 20,0; Aqu. dest. ad 500,0. Mds. Augenwasser. Derartige Bäder sind für die Mehrzahl der Patienten geeigneter und werden lieber genommen, als die Zinktropfenmedikation, zu der die Betreffenden häufig zu ungeschickt und ängstlich sind; daher führen sie sicherer zum Ziel. Auch machen sie bei gleichzeitig bestehender stärkerer Sekretion die schmerzhaften Argentumtouchierung in der Sprechstunde oftmals überflüssig. Handelt es sich um die intensive ulzeröse Form der Blepharitis mit Krustenbildung, so ist es zweckdienlich, den Zinkbädern ein Augenbad von heißem Kamillenaufguß voranzuschicken. Sodann erfolgt die Lidreinigung und Salbenmassage mit 5—10proz. Noviformvaseline, und zwar 2—3 mal täglich. Eine stärkere Konzentration der Zinkbäder zu nehmen, empfiehlt sich nicht, weil dann verschiedentlich wegen zu starken Brennens und angeblicher Verschlechterung hinterher die Augenbäder zu Hause ganz unterbleiben. Bei ambulanter Behandlung hat man alle derartigen Momente viel mehr zu berücksichtigen als bei klinischer. In leichten Fällen geht man deshalb auch ganz gut in der Konzentration noch etwas herunter, ohne daß sich die Wirksamkeit verminderte, weil man dann sicher ist, daß der Verordnung auch pünktlich nachgekommen wird. Bei der chronischen Blepharokonjunktivitis der Zigarettenarbeiter erwies sich diese kombinierte Therapie als einzig fruchtbringend. Bei reinen Konjunktivitisfällen konnte Verf. besondere Vorzüge des Noviform gegenüber der sonst üblichen Therapie nicht feststellen und unterbleibt die Anwendung desselben in Pulverform hierbei besser, weil sich Klümpchen bilden, die ihrerseits wieder Kratzen und Reize verursachen; doch hat Verf. z. B. bei Blennorrhoea neonatorum von dem Gebrauch der 10proz. Noviformsalbe, die er nach Argentumtouchierungen bezw.

Protargolinstillationen und Hydr. oxyd.-Spülungen zu Hause einstreichen ließ, nur Gutes gesehen, und glaubt ihr bezüglich der Hornhaut prophylaktischen Wert beimessen zu müssen. Jedenfalls hat er seither keine Ulzerationen mehr gesehen, was ja an und für sich nicht beweisend wäre. Was die Affektionen der Hornhaut betrifft, so ist es vor allem angebracht, nach jeder Fremdkörperentfernung zwecks Verminderung der Infektionsgefahr eine 3—5—10proz. Noviformsalbe einzustreichen; es erfolgt dann meist schnelle Epithelisierung und Reizverminderung. Saß der Fremdkörper sehr tief, so läßt man diese Salbenmassage tunlichst auch zu Hause nach der Arbeit neben warmen Kamillenbädern anwenden. Bei Schlossern, die es mit der Reinlichkeit nicht so genau nehmen, hält Verf. es für besonders angezeigt, und er zieht jetzt die Noviformsalbe der Oxyzyanat- und Borvaseline entschieden vor. Ulcus corneae nach Fremdkörperentfernung konnte Verf., vielleicht infolge davon, selten mehr beobachten; trat es auf, so heilte es unter Noviformsalbe glatt. Unter Umständen ist es hierbei wie bei Erosionen und Epithelverlusten geboten, 1 Proz. Atropin mit 5—10 Proz. Noviformvaseline zu verordnen, weil eine schnellere, schmerzfreie Heilung erzielt wird, indem, ohne Verband, Lichtscheue und Tränenträufeln nachläßt und das Auge unter Schutzbrillen gut offen gehalten wird. Die nach Epithelisierung lästige Atropinwirkung wird durch die schnellere Heilung, das wiederhergestellte Wohlbefinden und die dadurch bedingte Arbeitswilligkeit des Betroffenen reichlich aufgewogen. Die Arbeitstüchtigkeit ist also schnellstens wieder erreicht; Fälle, die Verf. ehemals nur klinisch behandeln zu müssen gewohnt war, heilen derart in kürzester Zeit ambulant. (M. m. W. 1915 Nr. 3.)

Der chronische Bindehautkatarrh und seine Bekämpfung durch Augenbäder. Von Prof. Dr. Th. Meyer-Steinieg (Jena). Dauernde Pflege der Augen ist das Wichtigste bei der Therapie des chronischen Bindehautkatarrhs, weil die Ursachen in der Regel dauernd fortwirken. Wie hat nun eine dauernde, vorbeugende Pflege der Augen zu geschehen? Einen Erfolg kann sie nur dann haben, wenn die das Auge treffenden Schädigungen regelmäßig, und zwar möglichst bald nach ihrer Einwirkung, ausgeglichen werden. Dies wird erreicht einmal durch eine regelmäßige, gründliche, mechanische Reinigung des ganzen Auges, namentlich der Lidrandes und der Bindehaut, verbunden mit einer milden, aber nachhaltigen Desinfektionswirkung auf die namentlich an und in den Lidrändern sowie im Bindehautsack vorhandenen pathogenen Keime und schließlich durch eine leicht anregende Wirkung auf die absondernden Teile des Auges. Daß

diese Forderungen weder durch die Anwendung irgendwelcher Augentropfen oder -Salben, noch durch Umschläge und Waschungen irgendwelcher Art wirklich erfüllt werden können, bedarf keiner Erörterung. Das einzige Mittel ist vielmehr das Augenbad, und auch dieses nicht in der meist üblichen Form, sondern nur in der verbesserten Gestalt, wie sie z. B. die vom Verf. angegebene „Augenspülwanne“¹⁾ darbietet. Deren hauptsächlichster Vorzug besteht darin, daß eine ziemlich beträchtliche Flüssigkeitsmenge nach und nach das Auge bespült, während die gebrauchte Flüssigkeit abläuft. Man ist also in der Lage, mit der mechanischen Reinigung der Augen und namentlich der Bindehaut gleichzeitig eine einige Zeit dauernde, mild desinfizierende Einwirkung zu verbinden. Diesem letzteren Zweck entspricht ein nach längeren Erfahrungen hergestellter Zusatz, der in Form leicht löslicher Tabletten hergestellt wird.²⁾ Der Hauptbestandteil dieser Tabletten, deren jede auf 100 ccm Wasser — also eine Füllung der Augenspülwanne — berechnet ist, ist Kaliumchlorat. Dieses hat sich in zahlreichen Versuchen als ein vollkommen reizloses und dabei doch wirksames Antiseptikum für das Auge erwiesen. Es wird selbst bei langdauerndem regelmäßigen Gebrauche auch von Personen mit sonst sehr empfindlichen Augenschleimhäuten bestens vertragen. Neben dem Kaliumchlorat enthalten die Tabletten Kochsalz und Natriumbicarbonat, wodurch die Lösung isotonische Eigenschaft erhält. Ein geringer Zusatz von Ol. foenic. und Ol. menth. pip. bewirkt eine gewisse Anregung der Augenschleimhaut und ruft ein nach dem Bade auftretendes, längere Zeit vorhaltendes erfrischendes Gefühl an den Augen hervor. Ein wichtiger Zusatz ist schließlich eine kleine Menge von Guajac-Saponin. Es erhöht die Benetzungsfähigkeit der Lösung ganz außerordentlich und unterstützt dadurch erfolgreich die Wirkung des Augenbades. Nicht gleichgültig ist ferner die Temperatur der Badeflüssigkeit. Wenn man sie auch im allgemeinen dem Ermessen des einzelnen überlassen kann, so sollen doch gewisse Grenzen weder nach oben noch nach unten überschritten werden. Dieser Forderung trägt ein der Augenspülwanne beigegebener kleiner Thermometer Rechnung. Er hat 2 Marken, deren untere eine Temperatur von 28° C und die obere eine solche von 40° C zeigt. Die Dauer des Augenbades ist auf 2—5 Minuten zu bemessen. Sie läßt sich bei Benutzung der Spülwanne durch

¹⁾ Das Augenspülglas wird durch die Glastechnische Anstalt Erich Köllner in Jena hergestellt.

²⁾ Die Tabletten werden von der Moltke-Apotheke in Jena (Apotheker A. Knüpfer) hergestellt und unter dem Namen „Ocusol-Tabletten“ in den Handel gebracht.

teilweises Zuhalten des an dem Abflußröhrchen angebrachten kleinen Schlauches nach Belieben regeln. Die beste Zeit für die Verabreichung ist aus begreiflichen Gründen abends vor dem Schlafengehen und frühmorgens. Die Wirkung des regelmäßigen Augenbades ist vom Verf. namentlich bei zahlreichen Angestellten der Zeiß-Werkstätten erprobt worden, und Verf. kann mit Bestimmtheit sagen, daß es, dauernd und regelmäßig angewandt, in der Bekämpfung des gerade bei derartigen Augenarbeitern außerordentlich verbreiteten chronischen Bindehautkatarrhs vorzügliche Dienste geleistet und in den meisten Fällen die immer von neuem gegen die Rezidive einsetzende Behandlung überflüssig gemacht hat.
(Wschr. f. d. Ther. d. Aug. 1915 Nr. 18.)

Die Behandlung der Gono-Blennorrhoe der Neugeborenen und Erwachsenen an der Berner Universitäts-Augenklinik. Von Frl. Dr. P. Schenderowitsch. Prof. Siegrist wendet seit 1907 nicht mehr Argent. nitric., sondern Kollargol und Syrgol an. Die Therapie besteht im Einträufeln einer 3%igen Lösung von Kollargol in den zuvor mit 2%iger warmer Borlösung gereinigten Konjunktivalsack, im Beginn der Behandlung stündlich, später 2—3 stündlich. $\frac{1}{2}$ Stunde nach jeder Einträufelung $\frac{1}{2}$ Stunde lang warme Borumschläge (vor letzteren erst etwas Borvaseline einstreichen!). Tagsüber Ausspülungen mit warmer Borlösung je nach Intensität der Sekretion, nachts alle 2 Stunden. Dies so lange, bis im Exsudat keine Gonokokken mehr vorhanden sind. Syrgol kann statt des Kollargols in 5%iger Lösung ebenso appliziert werden. Beide Mittel haben sich in gleicher Weise sehr bewährt, nicht nur bei unkomplizierten Fällen, sondern auch bei schweren Hornhautkomplikationen, sowohl bei Neugeborenen als auch bei Erwachsenen. Welches den Vorzug verdient, ist schwer zu sagen. Während Kollargol etwas unangenehmer ist wegen seiner schwarzen Farbe und der Schwarzfärbung des Exsudats und der Verbandmaterialien, hat Syrgol den Nachteil, daß es hie und da bei Neugeborenen, besonders in größeren Mengen eingeträufelt, zu stinkenden Diarrhöen und Alteration des Allgemeinbefindens führt, was sich dadurch erklären läßt, daß es vielleicht durch den Tränenabflußapparat in Nase und Rachen und so in den Darmkanal gelangt.
(Ther. Mh. 1915 Nr. 1.)

Apparate und Instrumente.

Ersatz für Gummikissen. Von Dr. Julius Herbst (Nürnberg). Wasserkissen und Luftkissen lassen sich in fast allen Fällen durch Hirsespreukissen ersetzen. Hirsespreukissen können

beliebig oft gekocht werden. Verf. verwendet in seinen beiden Lazaretten seit Kriegsbeginn fast ausschließlich Hirsespreukissen. Dieselben werden aus gutem Nesselstoff hergestellt. Die Kissen werden in einem Ueberzug aus dichtem Moltonstoff oder anderen Stoffen verwendet. Der Ueberzug wird bei der Desinfektion gesondert behandelt. Das Auskochen der Kissen geschieht in einem großen Topf, auf dessen Boden ein Drahtgitter das Anlegen verhindert. Dem Wasser wird Seifenpulver zugesetzt (Schneehase oder Persil). Beim Kochen werden die Kissen durch ein paar Backsteine beschwert, damit sie vollständig vom Wasser bedeckt sind. Das Aussehen der Kissen leidet beim Kochen etwas, dagegen verlieren sie nichts von ihrer Elastizität. Die Kissen werden zum Trocknen auf die Heizung gelegt und sind in 24 Stunden wieder verwendbar. Verf. verwendet Hirsespreukissen in den verschiedensten Formen; teils schmale Kissen von verschiedener Länge, welche locker gefüllt sind, zum Lagern von Extremitäten und zum Polstern von Schienen; teils große Ringkissen als Ersatz für Luft- und Wasserkissen. Die letzteren müssen etwas fester gefüllt sein. Gerade die Möglichkeit, den Kissen jede beliebige Form zu geben und durch mehr oder weniger starke Füllung sich jedem Bedürfnis anzupassen, gestattet die vielseitigste Verwendung. Die Kranken liegen sehr gern auf den Hirsespreukissen. Bei der zunehmenden Knappheit des Gummis möchte Verf. die Verwendung solcher Kissen aufs dringendste empfehlen.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 13.)

Einfacher Fingerstreckverband. Von cand. med. P. Bohnen, Hilfsarzt im Vereinslazarett vom Roten Kreuz, Krefeld. Der Arm wird wie üblich bei Armfrakturen auf der Cramerschen Schiene befestigt. In die Hohlhand wird eine Rolle gelegt, hergestellt aus einem passend geschnittenen Stück Besenstiel oder Rohr, natürlich leicht umwickelt mit Binde. An jedem äußeren Ende der Rolle wird an einem Nagel ein straffes Gummiband oder Schlauch befestigt und dieses mittels Haken an den Sprossen der Cramerschen Schiene, bei zu kurzer Schiene einfach vornüber geführt und an der Hinterseite eingehakt. Bei Besserung der Kontraktur wird durch ein zweites Gummiband die Rolle leicht gegen die Hohlhand gedrückt, um ein Ausgleiten der Rolle aus der Hand zu verhindern. Der Verband ist sowohl für die ganze Hand als für einzelne Finger zu gebrauchen. Dieser Verband hat den Vorzug, stets zum Handbad, Lichtbad oder zu Pendelübungen leicht abgenommen zu werden.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 15.)

Verschiedenes.

Sparsamkeit mit Oelklistieren während des Krieges. Von Prof. H. Strauß (Berlin). „Zu den Materialien, an denen während der Kriegszeit gespart werden muß, gehören bekanntlich auch die Fette. Insbesondere ist die Buttergewinnung einzuschränken, weil bei der Herstellung der Butter andere Nahrungsbestandteile der Milch entwertet werden. Der Konsum faßt deshalb mehr als bisher zum Ersatz andere Fette ins Auge. Von diesen interessieren uns hier namentlich die Speiseöle — insbesondere Oliven-, Sesam- und Mohnöl —, aus welchen ‚Oelklistiere‘ hauptsächlich hergestellt werden. Die genannten Oele sollten während des Kriegs nicht mehr zu Klistieren benutzt werden, da sie für Nahrungszwecke wertvoll sind. An ihrer Stelle sollte Rüböl verwandt werden, das als Speiseöl nur eine geringe Rolle spielt und das sich für den vorliegenden Zweck ebensogut wie eines der genannten Speiseöle eignet, wenn nur eine gute, nicht ranzige Sorte verwandt wird. Ganz allgemein soll und kann aber die Verwendung von Oelklistieren während der Kriegszeit eingeschränkt werden. Für einen großen Teil der Fälle genügen Klistiere aus Wasser, und auch für den Rest ist eine Reduktion des Oelquantums möglich. Sieht man doch bei Anwendung von 50—100 ccm Oel meist dieselbe Wirkung wie bei den üblichen 200 ccm. Solange wir über hinreichende Paraffinvorräte verfügen, mag auch ein Ersatz durch Paraffin entweder in Form der Lipowskischen Mischung oder des gewöhnlichen flüssigen Paraffins in Frage kommen. Wenn man bedenkt, wie ausgebreitet die Anwendung von Oelklistieren ist, wird man das auf dem vorliegenden Gebiete zu sparende Oelquantum nicht ganz gering einschätzen, und man wird es noch höher bewerten, wenn man erwägt, daß gerade die Speiseöle zum großen Teil aus dem neutralen oder feindlichen Ausland eingeführt werden müssen. Ist doch auch die Verwendung von Oel zur Seifenfabrikation — einige medizinische Präparate abgerechnet — schon seit einiger Zeit verboten worden.“

(D. m. W. 1915 Nr. 11.)

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 5.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voß in Leipzig und Hamburg.

XXIV. Jahrgang

Nr. 10.

Juli 1915

Auszüge.

Aetiologisches.

Beitrag zur Entstehung und Verhütung von Herzklappenfehlern bei Soldaten. Von Geh. San.-Rat Dr. Alexander Edel (Berlin-Wilmersdorf). Verf. schreibt: „Auf dem Kriegsärztlichen Abend am 8. Dezember v. J. habe ich eine Reihe von Soldaten mit Klappenfehlern vorgestellt, die niemals Gelenkrheumatismus gehabt, auch im Verlaufe der Erkrankung und Beobachtung nie rheumatische Schmerzen oder Fieber gezeigt hatten. Gleichmäßig hatte die Krankheit so begonnen: Die früher ganz gesunden Menschen bekamen nach langen Märschen plötzlich Herzklopfen, Stiche im Rücken oder in der Oberbauchgegend, und eines Tages brachen sie während des Marsches oder des Sturmes bewußtlos zusammen oder fielen vom Pferde. Daß schon die Dienstzeit im Frieden auf manchen Herzmuskel in schwächender Weise einwirkt, bis zur Entstehung einer Klappeninsuffizienz, habe ich bereits vor längerer Zeit an einer großen Untersuchungsreihe gezeigt. Wenn der Friedensdienst solche Anforderungen stellt, daß mancher Herzmuskel versagt, so sind die Verhältnisse im Kriege ja noch ganz andere, da kommt hinzu die größere körperliche Anstrengung, die unregelmäßige Ernährung und die psychische Erregung, drei Momente, welche geeignet sind, die Herztätigkeit zu beschleunigen. Ich denke bei der Ergründung der Ursachen für Klappenfehler seit Jahren auch an diese rein mechanischen Einwirkungen. Wir wissen, daß das Heben einer großen Last, daß ein starker Stoß ein Klappensegel ein- bzw. abreißen kann, wir wissen ferner, daß bei Sektionen ganz kleine stecknadelknopfgröße Verdünnungen auf den Klappensegeln gefunden werden: so können wir auch annehmen, daß eine ang fortgesetzte Ueberanstrengung des Herzens durch den verstärkten

Blutstrom eine kleine Verletzung des Klappensegels hervorrufen kann. Diese Ueberlegung hat sich bei mir herausgebildet auch aus der oft gemachten Beobachtung, daß solche sicher nachgewiesenen Klappenerkrankungen namentlich bei Sportleuten nach jahrelanger Schonung wieder verschwinden, um nach Anstrengungen größerer Art wieder Symptome zu machen. Auf Einzelheiten gehe ich nicht ein, da es mir nur darauf ankommt, auf die mechanische Entstehung mancher Klappenfehler hinzuweisen und die Kliniker mit großem Krankenmaterial zur Nachprüfung anzuregen. Wenn wir dieses mechanische Moment im Gegensatz zur Infektion mit dem Staphylokokkus als einen Faktor bei der Entstehung von Herzklappenfehlern in Rechnung stellen, dann ergeben sich einige Gesichtspunkte für die Vorbeugung solcher Verluste im Kriege: Zuerst bei der Aushebung. Zu den bisherigen Untersuchungsmethoden muß eine Prüfung des Herzmuskels treten, in bezug auf die Widerstandskraft (Pulszahl) und in bezug auf die Zeit, nach welcher das Herz zur normalen Schlagzahl zurückkehrt. Man läßt die jungen Leute, deren Herz man geprüft und notiert hat, etwa 100 m schnell laufen, untersucht dann das Herz auf Geräusch und Schlagfolge und prüft nach $\frac{1}{2}$ —1 Minute, ob die vorher notierte Schlagfolge wieder zurückkehrt, oder ob jetzt ein Geräusch zu hören ist. Solche Untersuchungen an einem großen Rekrutenmaterial nach dem Turnen, nach starken Märschen usw. fortgesetzt, müssen eine Formel ergeben, nach welcher man die Kraft des Herzens mißt aus der Zeit, die nach bestimmten Anstrengungen bis zur Erholung gebraucht wird. Aus diesem Verhältnis ergibt sich auch, welche Leute zu solchen Dienststellen verwandt werden können, die auch im Kriege keine großen Anforderungen an den Herzmuskel stellen. — Sodann Maßnahmen nach der Dienstzeit. Für die körperliche Ertüchtigung der Jugend bis zum 20. Lebensjahre sind jetzt in Deutschland genügende Organisationen vorhanden, so daß wir wohl erwarten können, daß die jetzige Jugend, wenn sie in das militärpflichtige Alter kommt, auch eine genügende Zahl von Tauglichen liefert. Es fehlt aber an solchen Organisationen für die gedienten Leute, die ins erwerbliche Leben zurückgekehrt sind. Auch diese können nur durch dauernde Uebung ihre beim Militär erworbene Leistungsfähigkeit behalten. Die wenigen Einziehungen zur Reserve und Landwehr reichen nicht aus, werden auch nicht lange genug fortgesetzt. Darum müssen diese Jahresklassen, ebenso wie die Jungmannschaft, in Vereinen zusammengefaßt werden, welche die Aufgabe haben, wöchentlich einen Marschtag und einen Sportabend abzuhalten. Dazu wird es nötig sein, einen Zwang auszuüben, sowohl auf die Mannschaft als auf die sie aufnehmenden Vereine. Die jetzt bestehenden Kriegervereine werden, wenn sie einer gründ-

lichen Reform unterzogen sind, ein großes, segensreiches Feld ihrer Tätigkeit finden. Sie werden dann wirkliche Kriegervereine sein.“
(B. kl. W. 1915 Nr. 13.)

Ueber Diabetes mellitus im Anschluß an Vakzination. Von Prof. Dr. Hermann Eichhorst (Zürich). Patient trat gesund in den Militärdienst ein. Er wurde geimpft und erkrankte schwer an einer fieberhaften schmerzhaften Entzündung des geimpften Armes. 14 Tage später verspürte er unstillbaren Durst, es entwickelte sich ein D., der rapid verlief und in der 11. Krankheitswoche letal endete. Obgleich bisher eine derartige Folge der Vakzination nicht bekannt ist, ist doch der Fall nicht anders zu deuten.
(M. Kl. 1915 Nr. 11.)

Nephritis acuta parenchymatosa. Von Dresel. Der eine Fall betraf einen 29jährigen Reservisten, der andre einen 41jährigen Landwehrhauptmann. Bei beiden muß man mangels jeglicher anderen Aetiologie die Affektion auf eine starke, allgemeine Abkühlung des Körpers zurückführen.
(Kriegsärztl. Abend, Berlin 16. III. 1915.)

Multiple Sklerose und Unfall. Von Kremer. Bei der Bearbeitung des großen Materials der veröffentlichten Fälle von multipler Sklerose und Trauma ergibt sich, daß man bei dem Mangel einer sicheren Aetiologie immer wieder das von den Patienten in der Anamnese angegebene Trauma als Ursache aufgriff. Nach Einführung der Unfallversicherung, als die Frage nicht mehr rein wissenschaftliches, sondern auch praktisches Interesse erhielt und der einzelne Fall auf die Vorgeschichte hin genau geprüft wurde, ergab sich, daß die Krankheit nicht so häufig durch ein Trauma hervorgerufen wurde, wie man annahm. Aus Verf. Arbeit, die eingehend die gesamte Literatur berücksichtigt, lassen sich folgende Punkte hervorheben: 1. Sicheres über die Aetiologie der multiplen Sklerose ist bisher nicht bekannt; 2. in allen Erkrankungen, in denen man über die Ursache nichts Sicheres weiß, pflegt man gewissen äußeren Ursachen, Infektionskrankheiten, Erkältungen, Ueberanstrengungen und vor allem Traumen die Schuld zuzuschreiben; 3. die Gründe, die zum Beweise des letzteren angeführt werden, sind nicht stichhaltig genug, um eine wissenschaftliche Anerkennung gewinnen zu können; 4. in der Unfallpraxis muß man trotzdem in manchen Fällen diesen Zusammenhang gelten lassen, wenn man nicht das Gegenteil beweisen oder doch mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit behaupten kann; 5. als Richtschnur, wenn man einen Zusammenhang als wahrscheinlich annehmen muß, soll — nach Mendel — der Unfall eine

gewisse Schwere haben, andere ätiologische Momente müssen fehlen, der Kranke muß bis zum Tage des Traumas gesund gewesen sein, und zwischen Trauma und Erkrankung muß ein zeitlicher Zusammenhang, der nicht zu kurz sein darf, bestehen, denn führt das Trauma in ununterbrochener Symptomenreihe zur Erkrankung, darf man annehmen, daß sie schon vorher bestand. Eine Verschlimmerung der multiplen Sklerose kann jedoch zweifellos durch ein Trauma hervorgerufen werden.

Unter Berücksichtigung dieser Leitsätze wurde in der Nerven-klinik Westphals bei einem Pat. der Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit abgelehnt, bei einem anderen in dem Gutachten angegeben, daß die multiple Sklerose mit großer Wahrscheinlichkeit mit dem Unfall „Verheben“ in ursächlichem Zusammenhange stehe. Die Erwerbsbeschränkung 11 Monate nach dem Unfall wurde auf $66\frac{2}{3}\%$ geschätzt.

(Inaug.-Diss. Bonn. — Mschr. f. Unfallhlkd. 1914 Nr. 11.)

Ueber die Atherosklerose der Kombattanten. Von J. G. Mönckeberg (nach Obduktionsbefunden). Bei 53 Männern im Alter von 20 bis 30 Jahren wurde 23 mal = 43% , bei 12 Männern von 31 bis 43 Jahren 6 mal = 50% Atherosklerose an Aorta und Koronararterien gefunden: streifige und fleckige, weißliche und gelbliche, leicht prominente Verdickungen an der Innenfläche, namentlich im Anfangsteil der Aorta oberhalb der Klappen und im Stamm und besonders im absteigenden Ast der linken Kranzarterie. Also $\frac{9}{20}$ der jüngeren Männer Atherosklerose an Aorta oder Kranzarterien. Beziehungen zwischen Beruf und Gefäßveränderungen bestanden nicht; dagegen in 20 Fällen (69%) Veränderungen als Folgen früherer Infektionen (Endokarditis, Tuberkulose, Lues, Pleuraadhäsionen, Appendicitis). Aber andererseits fanden sich derartige Zeichen häufig auch bei Leuten ohne Atherosklerose. Es muß demnach noch etwas anderes bei der Erzeugung von Gefäßveränderungen hinzukommen. Ueberraschend ist jedenfalls bei diesen Untersuchungen das ziemlich häufige Vorkommen beginnender Atherosklerose.

(Zbl. f. Herzkrkh. 1915 Nr. 1. — M. Kl. 1915 Nr. 9.)

Diagnostisches.

Die frühzeitige Erkennung der Gasphlegmone durch das Röntgenbild. Von Dr. Ludwig Finckh (Aus dem Städtischen Krankenhaus in Konstanz). Man konnte 2 Formen unterscheiden:

1. die maligne Form, d. h. fortschreitende Phlegmone unter Gasbildung, mit der Gefahr der Gangrän großer Gewebsabschnitte;
2. die mildere, unscheinbare Form, d. h. Gasabszeß im Sinne

einer Verhaltung von Sekret und Zersetzung desselben unter Gasbildung um einen Fremdkörper herum, zunächst nicht fortschreitend. Gerade die letzteren Fälle gehen gelegentlich doch in das bösartige Stadium über, und zwar deshalb, weil sie zunächst keine tieferen Erscheinungen machen. Diese Fälle werden, da die Kardinalsymptome der Entzündung im Beginn fehlen oder so zurücktreten, daß sie dem Patienten sowohl wie dem Arzt entgehen, sehr leicht nur durch das Röntgenbild nachgewiesen. Die äußeren Erscheinungen waren beim Verf. in Fällen dieser Art so unbedeutend, daß die gefährliche Erkrankung aus ihnen mit den gewöhnlichen klinischen Hilfsmitteln nicht zu erkennen war. Es handelte sich um Granat- und Minensplitterverwundungen, bei denen die Splitter gleichzeitig beschmutzte Kleidungsstücke mit hereingerissen oder auch Steine ins Gewebe geschleudert hatten. Die Verletzten machten selbst auf die Gefährlichkeit der Minensplitter aufmerksam, da die Minen mit Schuhnägeln, Glasscherben, Schrauben und, nach ihrer Meinung, „mit Gift gefüllt seien; sie verursachten leicht Blutvergiftung.“ Die Einschußwunden waren bei diesen Verletzten mit trockenem Schorf bedeckt, und die Verletzungen schienen deshalb auf den ersten Blick harmlos zu sein. Es war kein Fieber vorhanden oder nur eine leichte Temperatursteigerung bis $37,8^{\circ}$, die keineswegs zu einem chirurgischen Eingriff gezwungen hätte. Auffällig war höchstens ein merkwürdig teilnahmsloses, schläfriges Wesen. Die Kranken waren still, apathisch, wie leicht narkotisiert, ein Zustand, den man aber auch ebenso gut anders hätte deuten können; er ließ sich auch auf die den Kriegsanstrengungen folgende natürliche Ermüdung zurückführen. Einmal aber aufmerksam geworden, brachte man alle diese Fälle vor die Röntgenplatte, und es zeigte sich in der Nähe des Fremdkörpers, in der Tiefe, ein kleiner, dunkler Fleck, d. h. eine Gewebslücke mit runden Konturen, die das geübte Auge sofort und mit Sicherheit als Luftblase erkennen konnte. Bei der unmittelbar angeschlossenen Inzision fand sich neben schmutzigem, übelriechendem Eiter regelmäßig Luft, neben dem Fremdkörper Erde, Stoffteile und nekrotische Gewebsfetzen, also ein weitaus bösartigerer Prozeß, als man nach den geringfügigen klinischen Erscheinungen hätte erwarten können. Mit diesen Tatsachen müssen also die Praktiker rechnen, und sie werden deshalb in der Röntgenphotographie ein wertvolles Hilfsmittel erblicken, eine Gasphegmone, die auf andere Weise noch nicht zu erkennen ist, festzustellen, ehe es zu schwereren septischen Erscheinungen kommen konnte. Man konnte auf diese Weise die Verletzten vor weiterem Schaden bewahren und ihnen das erkrankte Glied, vielleicht das Leben retten.

(D. m. W. 1915 Nr. 20.)

Ein einfacher Handgriff zur Auslösung des Patellarreflexes. Von San.-Rat Dr. K. Gerson (Schlachtensee). Man setze sich an die rechte Seite des sitzenden Patienten, dessen Füße auf dem Boden aufruhen, führe den linken Unterarm unter den rechten Oberschenkel des Patienten und lege die linke Hand auf seinen linken Oberschenkel oberhalb des Knies. Alsdann ruht das rechte Bein des Patienten freischwebend auf dem Unterarme des Untersuchers. Man fordert nun den Patienten auf, das rechte Bein schlaff herunterhängen zu lassen, und kann am eignen, das Bein tragenden Arme fühlen, ob Pat. noch die Beinmuskeln anspannt oder außer Tätigkeit gesetzt hat. Sobald letzteres eingetreten ist, prüft man den Patellarreflex auf die übliche Weise und ist gewiß, bei dieser Methode alle äußeren Fehlerquellen ausgeschaltet zu haben. Zur Prüfung des linken Patellarreflexes setzt man sich links neben den Patienten, führt die rechte Hand unter dem linken Beine her und legt sie auf den rechten Oberschenkel.

(Terap. d. Gegenw., März 1915.)

Zur Frage der sogenannten Diphtheriebazillenträger. Von Dr. V. Engelmann (Hamburg). Verf. macht darauf aufmerksam, daß, wenn man Bazillenträger finden will, man in erster Linie die Nase berücksichtigen muß, wo manchmal Bazillen stecken, während der Hals frei ist. Die Nasenveränderungen zeigen die verschiedensten Formen, sind bisweilen sehr gering. (M. m. W. 1915 Nr. 12.)

Prognostisches.

Klinische Beobachtungen über Tetanus im Felde. Von Generalarzt Dr. Goldscheider. Ueber die Prognose schreibt Verf.: „Daß für die Prognose die Dauer der Inkubationszeit von großer Bedeutung ist, wird allgemein anerkannt. Außer dieser aber kommt, was bisher nicht genügend beachtet worden ist, auch in Betracht die mehr oder weniger große Akuität der Entwicklung der manifesten Symptome. Es gibt Fälle, in welchen sich nach Ablauf der Inkubationszeit die tetanischen Erscheinungen in schnellster Folge entwickeln, und andere, in denen dies langsamer geschieht. So bestanden bei einem Falle meiner Beobachtung 4 Tage lang Kaubeschwerden, ehe es zum Trismus kam; am nächsten Tage dann traten erst Opisthotonus und allgemeine Krämpfe auf. Ein anderes Mal waren gleichfalls dem Trismus 3—4 Tage lang Kaubeschwerden vorhergegangen. Ein Patient gab an, daß er in dem verwundeten Bein etwa 6 Tage lang Zuckungen gehabt habe, ehe der Trismus auftrat. Ein anderer Patient bekam am 10. Tage nach der Verwundung lokale Muskelzuckungen, nach

2 weiteren Tagen Kaubeschwerden; am nächsten Tage war der Trismus objektiv an behinderter Mundöffnung erkennbar und erst nach 2 Tagen wohlentwickelt und dann sogar sehr extrem und hartnäckig, während er bei den vorher erwähnten Fällen nicht ganz vollständig war. Alle diese Fälle verliefen günstig, zum Teil auffallend günstig. Dagegen gestalteten sich die Fälle, bei welchen in sehr schneller Aufeinanderfolge Lokalsymptome, Trismus, Opisthotonus und allgemeine Krämpfe auftraten, durchweg schwer bzw. verliefen schnell tödlich. Z. B.: lokale Zuckungen, am nächsten Tage Trismus, im Laufe desselben Tages noch Rücken- und Bauchmuskelspannung, Opisthotonus, allgemeine Zuckungen. Oder: 2 Tage lang Lokalsymptome, am 3. Tage morgens mit Trismus erwacht, ohne daß am Abend vorher Kaubeschwerden vorhanden gewesen waren, am 4. Tage Nackensteifigkeit, Schluckbeschwerden, Härte der Bauchmuskeln, im Laufe des Tages Opisthotonus und Schluckkrämpfe. Es ist bekannt, daß die Regel: lange Inkubationszeit, leichter Verlauf, auch Ausnahmen hat. Es gibt schwere, ja tödlich verlaufende Fälle mit sehr langer Inkubationszeit. Ich sah 2 solche Fälle, deren einen ich weiter unten ausführlicher beschreiben werde. Auch bei diesen ist die Rapidität der Entwicklung der klinischen Erscheinungen bemerkenswert. Der eine hatte eine Inkubationszeit von 27 Tagen! Beginn der Erscheinungen mit lokalen schmerzhaften Zuckungen im verletzten Bein und Kaubeschwerden in der Nacht vom 31. Oktober zum 1. November. Am 1. November abends bereits ziemlich starker, aber nicht vollständiger Trismus, Opisthotonus, starke Bauchmuskelspannung, allgemeine Krämpfe. Am 7. Tage der Erkrankung Exitus. Bei dem andern betrug die Inkubationszeit 21 Tage! Im Verlaufe von 2 Tagen entwickelten sich neben allgemeiner Erregtheit und Ueberempfindlichkeit Trismus, Nacken- und Rückenmuskelkrämpfe, Bauchmuskelspannung, am nächsten Tage Schluckkrämpfe, in der Nacht vom 3. zum 4. Tage Exitus. Daß übrigens die Dauer der Inkubationszeit irgend etwas mit der Länge der vom Gift zu durchwandernden Nervenstrecke von der Eintrittsstelle bis zum Rückenmark zu tun hätte, wie behauptet worden ist, kann mit Bestimmtheit in Abrede gestellt werden. Für die Prognose ist es ferner von Bedeutung, in welchem Maße die Atmung, das Schluckvermögen, der Kehlkopf betroffen sind. Relativ langsamer Puls ist prognostisch günstig, aber nicht ausnahmslos. Von Beginn an beschleunigter und labiler Puls ist prognostisch ungünstig. Fieberhafte Pulsbeschleunigung bei eitrigen Prozessen braucht die Prognose nicht zu trüben. Endlich ist gute Reaktion der Krampfzustände auf die Narkotika prognostisch günstig, während das Gegenteil zwar nicht gerade ungünstig ist, aber doch auf einen

schwereren Verlauf deutet. Entscheidend ist stets die Individualität des Falles“.

(B. kl. W. 1915 Nr. 11.)

Spätrezidive nach Karzinomoperation. Von Halban. Der Fall ist deshalb beachtenswert, weil Rezidive nach 13 Jahren zu den Seltenheiten gehören. Frömmel gibt im Veitschen Handbuch an, daß er selbst an seinem Materiale Rezidive nach 4 Jahren nicht beobachtet hat. Pawlik erwähnt einen Fall, welcher nach 6 Jahren, Fraenkel einen, welcher nach 8 Jahren, Blau auch einen, welcher nach 10 Jahren rezidierte. Verf. selbst hat einen Fall gesehen, bei welchem 12 Jahre nach einer von Gussenbauer ausgeführten vaginalen Totalexstirpation Rezidiv auftrat. Im allgemeinen sind schon Rezidive nach 5 Jahren sehr selten, weshalb man ja auch übereingekommen ist, die Rezidivfreiheit nach dieser Zeit als Dauerheilung anzusehen. Von Interesse ist an dem vorgestellten Falle auch die seinerzeitige Komplikation des Karzinoms mit Gravidität. Man rechnete früher immer bei dieser Komplikation mit einem besonders malignen Verlauf. Die Beobachtungen von Wertheim, Zweifel und die experimentellen Untersuchungen von v. Graff sprechen aber gegen diese Auffassung, und auch obiger Fall ist eher im Sinne eines gutartigen Verlaufes zu deuten. Bemerkenswert an dem Falle ist ferner noch die bei der Autopsie gefundene Freiheit des Parametriums und aller Lymphdrüsen und das vollständige Fehlen von Metastasen, so daß die Frau an einer ganz lokalen Metastase zugrunde gegangen ist.

(Geburtsh.-gynäk. Gesellschaft Wien, 9. II. 1915.)

Die Entstehung und Behandlung der Calcaneusfrakturen und ihre Folgen in bezug auf die Erwerbsfähigkeit. Von Z. Brind. Verf. berichtet über 63 Fälle von Calcaneusfraktur, darunter 57 Kompressionsbrüche, eine Fissur, einen Längs-, zwei Querbrüche, eine Absprengung des vorderen und eine Abquetschung des hinteren Teiles. Mit einer Ausnahme waren alle Pat. Männer, und zwar betrafen die Mehrzahl der Fälle (22) das vierte Dezennium, danach das fünfte (15) und sechste (13). Die überwiegende Ursache der Kompressionsfrakturen ist der Fall aus der Höhe. Dabei spielt die Keilwirkung des Talus eine wichtige Rolle. Die Diagnose der Kompressionsfraktur ist gleich nach der Verletzung nicht leicht zu stellen. Pathognomonisch ist der Tieferstand der Knöchel des verletzten Fußes. Die Erwerbsbeschränkung betrug nach Abschluß des Heilverfahrens in 2 Fällen 0%, in 5 10%, in 3 15%, in 21 20%, in 16 25%, in 11 30—40%, in 2 60% und in einem 100%. Später konnten diese Renten noch weiter herabgesetzt werden. Die frühere Auffassung, daß ein Kompressionsbruch meist

völlige Erwerbsfähigkeit hinterläßt, kann nicht aufrecht erhalten werden, obwohl die Verbesserung der Behandlungsmethoden hier günstigere Verhältnisse schaffen kann.

(Arch. f. kl. Chir. Bd. CV Heft 3. — Zbl. f. Chir. 1915 Nr. 6.)

Kasuistisches.

Gasembolie bei Sauerstoffinjektion. Von Prof. Simmonds.
Luftembolie nach subkutaner Sauerstoffapplikation bei Gasgangrän. Von Dr. L. Frankenthal (Vereinslazarett Gebweiler).
Ersterer weiß von 3 Fällen zu berichten, wo dies Ereignis eintrat, letzterer beschreibt einen 4. Fall. Diese Beobachtungen mahnen zu großer Vorsicht bei einer Behandlung, die freilich dadurch nicht an und für sich in Mißkredit gebracht werden soll.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 19.)

Aus der Feldpraxis berichtet Dr. Demsar: Am 6. April kam ein Jäger zur Marodevisite, bei dem Verf. Folgendes konstatierte: Im Sulcus coron. links ein erbsengroßes, wie mit Locheisen ausgeschnittenes Geschwür mit nicht unterminierten, ein wenig entzündeten Rändern und glattem, nicht infiltriertem Grunde, ein zweites, kleineres mit gelblichem Grunde an der Penishaut und ein drittes am Skrotum; kein infiltrierter Lymphstrang am Dorsum penis, keine infiltrierten Drüsen in den Leisten, Koitus ausgeschlossen, Dauer 3 Tage, 1. Tag sehr schmerzhaft. In den nächsten Tagen mehrten sich derlei Fälle, bei welchen die Geschwüre meistens am Skrotum um die Raphe penis lokalisiert waren: die Geschwüre waren daselbst zusammenhängend, -fließend, noch nicht gereinigt, noch teilweise mit mortifiziertem Gewebe (Haut) bedeckt. In späteren Fällen sah man an den inneren Oberschenkelflächen schlaffe, eitrige Blasen auf etwas entzündeter Grundlage, bei einigen auf der mortifizierten Haut gelbliches Pulver haften. Die Krankheit klärte sich folgendermaßen auf: Die Mannschaft bekam zu Ostern unter den Liebesgaben auch ein läusevertilgendes Pulver, Plagin genannt, von der Chem. Fabrik „Labor“, Posen, geliefert. Wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, verursacht die Applikation des Pulvers nicht unbedeutende Schmerzen und Kriegsdienstuntauglichkeit über 1 Woche.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 19.)

Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Rückenmarkserkrankungen: ein Fall von Poliomyelitis chronica nach Trauma.
Von Eugen Jennicke. Die Mehrzahl der veröffentlichten Fälle von posttraumatischer Poliomyelitis entbehrt des Kardinalsym-

ptoms der Entzündung, der Infiltration, und ist somit pathologisch-anatomisch als Poliomyelitis nicht haltbar. Verf. bringt die Krankengeschichte eines solchen Falles von Poliomyelitis chronica nach Trauma: Bei dem vorher gesunden 55 jährigen Arbeiter entwickelte sich im Anschluß an das Trauma eine chronische Poliomyelitis, die anatomisch mit Sicherheit als solche festgestellt ist. Das Trauma hat sofort anatomische Veränderungen im Rückenmarke gesetzt; trotz dieser anatomischen Läsion konnte aber der Kranke noch seiner Arbeit nachgehen, bis das Fortschreiten der schleichend sich entwickelnden Poliomyelitis ihn dem Krankenhause zuführte. „Der Fall beweist mit der Sicherheit eines Experimentes die von Erb u. a. ausgesprochene, von Schmaus durch den Tierversuch bewiesene Theorie für den Menschen, nämlich daß das Trauma anatomische Veränderungen setzt, auf Grund deren sich eine chronische Poliomyelitis entwickeln kann. Zwar hat die histologische Untersuchung nur noch die gröberen Spuren der primären Läsion nachzuweisen vermocht, die feineren hat die lange Krankheitsdauer verwischt. Trotzdem aber ist die Tatsache unverkennbar, daß diese primäre Schädigung in einer Zerstörung der Ganglienzellen, in einer Verlagerung ihrer Moleküle zu suchen ist. Wir müssen aber in Betracht ziehen, daß gar nicht die Zelle allein dem Trauma ausgesetzt ist, ihm vielleicht gar nicht einmal direkt ausgesetzt zu sein braucht, wenn eine sekundäre Poliomyelitis zustande kommen soll, daß vielmehr das gesamte Neuron mit seinem komplizierten und physiologisch noch gar nicht genügend bekannten Aufbau an irgendeiner Stelle der Verletzung, der Reizleitungsunterbrechung anheimgefallen ist.“

(Inaug.-Diss. Jena 1914. — Neurol. Zbl. 1914 Nr. 23.)

Meningismus bei Sepsis. Von V. Marek. Beschreibung zweier Fälle aus der Klinik Maixner in Prag. 1. Ein 27 jähriger Handlungsgehilfe, der mit Kopfschmerzen, Erbrechen, Desorientierung, Fieber erkrankte und bei dem während der ganzen Krankheitsdauer meningeale Symptome im Vordergrund standen, starb nach akutestem Verlauf am 5. Krankheitstage; Tachykardie und Polypnoe, verbunden mit Anämie und Zyanose, wurden auf miliare Eruptionen bezogen; für Sepsis bestand nicht der geringste Anhaltspunkt; das Lumbalpunktat war nicht charakteristisch. Diagnose: Meningitis basilaris. Sektion: Multiple Abszesse in der Leber und das Bild der Sepsis. Aus der Milz wurden Streptokokken gezüchtet. An den Meningen fanden sich außer einer umschriebenen Hyperämie über dem Kleinhirn und einigen Hämorrhagien keine makroskopischen, für Meningitis sprechenden Veränderungen. — Der zweite Fall bot nur ein unvollständiges Bild

des Meningismus dar: Kopfschmerzen, Benommenheit, dilatierte Pupillen, Nackenspannung, Hyperästhesie, Dermographismus, Obstipation, eingezogenes Abdomen. Mangels anderer Symptome wurde auf Meningitis geschlossen, obwohl der negative Befund des Liquors nur für Meningismus sprach; im Blute fand man Staphylokokken. Sektion: Maligne Endokarditis der Aortenklappen und das Bild der Sepsis. Die Meningen waren normal. (Casopis lékarno ceskych 1914 Nr. 37. — Zbl. f. inn. M. 1915 Nr. 7.)

Genitalblutungen neugeborener Kinder. Von Dr. E. Zacharias (Königl. Univers.-Frauenklinik Leipzig). Unter 400 beobachteten Mädchen fand sich 10 mal Genitalblutung (= 2,5%). Am häufigsten trat sie tropfenweise auf, in der Regel am 6.—7. Tage, und dauerte nur kurze Zeit, oft nur 1—2 Tage. Nie Allgemeinbefinden gestört, nie Temperatursteigerung, nie Gewichtsverluste, nie Verdauungsstörung. Prognose sehr günstig, Behandlung unnötig. Alle 10 Mädchen zeigten ein sehr hohes Gewicht. Vielleicht ist hier ein ätiologisches Moment gegeben: Der Einfluß der Druckwirkung während der Geburt auf große, schwere Kinder ist eben viel größer als auf kleine, schwache. (M. Kl. 1914 Nr. 44.)

Sepsis mit dem Blutbild der aplastischen Anämie im Anschluß an Gonorrhoe. Von Prof. A. Buschke und Dr. H. Hirschfeld (Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin). Im Anschluß an einen Tripper entwickelt sich bei einem 25jährigen Mann ein Rheumatismus, der mit Diplosal, Saliteinreibungen, Kollargol- und Arthigoninjektionen behandelt wird. Eine Besserung tritt nicht ein, und der Patient kommt in recht elendem Zustand ins Virchow-Krankenhaus. Hier wird eine Affektion beider Kniegelenke festgestellt, der Harnröhrentripper bestand noch. Gonokokken noch nachweisbar. Es bestand eine Urethritis anterior et posterior; Prostata, Hoden frei. Der Tripper besserte sich nach Injektions- und Spülbehandlung, so daß die Gonokokken verschwanden. Gegen die Gelenkaffektion wurde therapeutisch lokale Wärmeapplikation und Einreibung der erkrankten Gelenke mit Ichthyolvaselin angewandt. Plötzlich beginnt Patient zu fiebern, und dieses Fieber hält unter beträchtlicher Verschlechterung des Allgemeinbefindens mit einer kurzen Unterbrechung bis zum Tode des Patienten an. Es entwickelt sich eine schwere hämorrhagische Diathese mit Nasen-, Harnröhren- und Augenhintergrundblutungen. Die Anämie nimmt einen sehr hohen Grad an, die bakteriologische Untersuchung ergibt Staphylococcus aureus im Blut und im Kniegelenkerguß. Der Exitus tritt am 31. Tage des Krankenhausaufenthaltes ein. Die

Sektion ergibt eine akute Nephritis, schwerste allgemeine Anämie, ein schlaffes Herz, einen Abszeß in der rechten Lunge, gelbes Mark in den langen Röhrenknochen. Auch aus dem bei der Sektion entnommenen Knochenmark wurden Staphylokokken gezüchtet. Es hat sich also im Anschluß an eine Gonorrhoe eine Staphylokokkensepsis entwickelt, die zu Gelenkaffektionen, akuter Nephritis und schwerster Anämie mit Leukopenie geführt hat. Was nun die schwere Anämie betrifft, die im Anschluß an die Sepsis entstand und zum Tode führte, so gehört dieselbe in die Gruppe der aplastischen Anämie und ist durch eine hochgradige Knochenmarksatrophie charakterisiert. Es war nicht nur das Mark der langen Röhrenknochen reaktionslos, sondern das Mark der kurzen Knochen war ausgesprochen atrophisch. Diese degenerative Veränderung kennzeichnete sich schon makroskopisch dadurch, daß dieses Mark dünnflüssig und rosarot war, mikroskopisch durch seine auffallende Zellarmut. Es enthielt ganz vereinzelt nur Normoblasten, die übrigen, auch nur spärlich vorhandenen farblosen Elemente waren fast ausschließlich kleine und mittelgroße lymphoide Elemente, die auf Grund ihrer Kernstruktur als Myeloblasten angesehen werden müssen. Neben diesen Zellen waren in auffallend großer Zahl Plasmazellen vorhanden. Auch in Milz und Lymphdrüsen, die sonst keine wesentliche Abweichung ihrer Struktur aufwiesen, waren die ungeheuer zahlreichen Plasmazellen in hohem Maße auffallender und ungewöhnlicher Befund. Bemerkenswerterweise bestand kein infektiöser Milztumor. Es muß ferner noch der ungewöhnliche Reichtum der Milz und vieler Lymphknoten an Blutpigment erwähnt werden, ein Hinweis dafür, daß nicht nur eine gestörte Regeneration, sondern auch ein vermehrter Zerfall ätiologisch für die Pathogenese dieser Anämie anzunehmen ist. Interessant ist der ungewöhnliche Reichtum aller Blutbildungsorgane an Plasmazellen. Vielleicht ist er auf die Reizwirkung der Staphylokokken zurückzuführen. Wenigstens bestand in dem einzigen Falle der Literatur, in welchem ein ähnlicher Reichtum des Markes an Plasmazellen bei Schwund nicht des gesamten Myeloidgewebes, sondern nur des Granulozytenapparates von Helly beschrieben worden ist, auch eine Staphylokokkensepsis. Größere Mengen Plasmazellen findet man übrigens öfter in den blutbildenden Organen bei anderen Infektionskrankheiten. Ihr reichliches Vorkommen wenigstens in den Lymphknoten und den spezifischen Produkten bei Tuberkulose und Lues ist ja lange bekannt. In selten klarer und unzweideutiger Weise zeigt der Fall, daß sich die schwere Anämie und die Atrophie des Knochenmarkes auf dem Boden einer Staphylokokkensepsis entwickelt hat.

(B. kl. W. 1914 Nr. 52.)

Primäraffekt in der Vagina. Von L. Nielsen (Kopenhagen). Bei einem 29jährigen Mädchen, das mit syphilitischen Papeln der Anogenitalregion behaftet war, fand sich der Primäraffekt an der vorderen Vaginalwand, 3 cm unterhalb des Ansatzes an den Gebärmutterhals, in Gestalt einer ulzerierten Induration, in der Spirochäten nachgewiesen wurden.

(Hospitalstid. 1914 Nr. 52. — D. m. W. 1915 Nr. 9.)

Ueber eine besondere Abheilungsform der Alopecia areata. Von Dr. Erich Kuznitzky (Aus dem Licht- und Radium-Institut der Kgl. Klinik für Hautkrankheiten in Breslau). Verf. beobachtete 2 Fälle, bei denen der Ersatz nicht in einer Depigmentierung, sondern in einer schließlichen Hyperpigmentierung der erkrankt gewesenen kahlen Partie bestand, so daß sich jeder Alopecieherd als dunklerer Haarbezirk abhob. Die Untersuchung eines derartig geheilten Fleckes ergab Folgendes: Epilierte man eine solche Stelle bis weit ins Gesunde, so erschien die Haut im gesunden und kranken Gebiet ganz gleichmäßig gefärbt. Es konnte also von einer Anhäufung des Pigmentes in der Haut selbst — sei es gesunder oder kranker — nicht die Rede sein. Dagegen waren die Haare der erkrankt gewesenen Hautpartie deutlich von denen des gesunden Nachbarbezirks verschieden. Sie waren sowohl stärker wie auch erheblich pigmentierter als sie. Die sonstige mikroskopische Untersuchung ergab nichts besonders Auffälliges. Der Unterschied der Färbung von erkrankt gewesenem und gesund gebliebenem Haarbezirk ist also durch die Haare selbst bedingt. Daß diese Varietät in der Abheilung relativ selten vorkommt, ergibt sich daraus, daß Verf. nur 2 derartige Fälle unter mehreren hundert innerhalb der letzten Jahre behandelten Alopeciekranken beobachten konnte.

(B. kl. W. 1915 Nr. 9.)

Toxikologisches.

Serumexanthem nach Tetanusantitoxininjektion. Von Dr. E. Vogt, Oberarzt der Kgl. Frauenklinik Dresden, zurzeit Oberarzt im Res.-Feldlazarett 21 des IV. Res.-A.-K. Das Tetanusantitoxin gilt im allgemeinen nach zahlreichen Erfahrungen als völlig harmlos. Gerade im jetzigen Kriege wurde es in großen Mengen innerhalb kurzer Zeit nicht nur subkutan, sondern auch intravenös und subdural injiziert. Als einzige Nebenerscheinung wurde sehr selten das Auftreten eines Serumexanthems beobachtet. Daß neben diesen bedeutungslosen Exanthemen aber auch Intoxikationserscheinungen auftreten können, scheint der jüngst von Boenheim mitgeteilte Fall zu beweisen. Ein Patient wurde prophylaktisch mit 20 AE. Tetanusantitoxin „Höchst“ subkutan gespritzt, und schon

in den folgenden Tagen trat ein starker Juckreiz zuerst an der Impfstelle, später an der Brust auf. Mit zunehmendem Juckreiz am ganzen Körper entwickelte sich an Kopf, Hals, Rumpf, Armen und Beinen eine Urtikaria. Der Juckreiz war so stark, daß er sich nur durch große Morphiumgaben bekämpfen ließ. Dabei war der Puls klein, Temperatur stieg bis 38,0° C. Nach Verschwinden des Juckreizes stellten sich eine allgemeine Mattigkeit und Schmerzen der Muskeln, Knochen und Gelenke ein. Schon nach 24 Stunden waren all diese Erscheinungen verschwunden. Boenheim faßt dieses Krankheitsbild auf als den Ausdruck einer schweren Intoxikation. Die Frage, ob es sich dabei um die Wirkung des artfremden Eiweißes oder um die Wirkung des spezifischen Tetanusantitoxins handelt, läßt er offen. Vogts Beobachtung zeigt mit dem Falle Boenheim gewisse Aehnlichkeiten. In beiden Fällen handelt es sich um eine prophylaktische subkutane Injektion von 20 AE. Tetanusantitoxin „Höchst“. Am 6. Tage nach der Einspritzung setzte im Falle Boenheim die Erkrankung ein, in Vogts Falle erst am 10. Tage nach der Injektion. In beiden Fällen wurden zuerst die Einspritzungsstellen von Juckreiz und dann von einem Ausschlag ergriffen. Während im Falle Boenheim das Allgemeinbefinden stärker gestört war, kam es in Vogts Falle nur zu leichteren Unannehmlichkeiten. Der Verlauf der Erkrankung in beiden Fällen entspricht vollkommen dem Bilde der Serumkrankheit, wie sie viel häufiger nach der Einspritzung von Diphtherieheils serum beobachtet wird. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 10.)

Intoxikation der Harnwege nach Allcocks Porous Plaster. Von Dr. Arthur Guth (Zürich). Allcocks Porous Plaster beansprucht laut Aufschrift auf die Packung den Heileffekt der Spanisch Fliegenpflaster ohne deren Nachteile, und — das wird speziell hervorgehoben — namentlich ohne jemals die Nieren zu schädigen. Das Pflaster könne bis 14 Tage und länger getragen werden, und ebenso dürfe die Zahl der Pflaster (gleichzeitig getragen) ein halbes Dutzend und sogar mehr erreichen. Nun zog ein Patient des Verf., nachdem er eines dieser Pflaster getragen hatte, sich eine Intoxikation zu, nachdem er ein zweites Pflaster hinzugefügt hatte. Die Vergiftung, offenbar durch Resorption von Cantharidinstoffen hervorgerufen, betraf die Harnwege (Niere, Blase, Urethra). (Schweiz. Corr.-Bl. 1915 Nr. 9.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Die Behandlung infizierter Weichteilwunden. Von Dr. W. Burk (Stuttgart), z. Z. Marinestabsarzt in Kiel. Aus der Arbeit sei

folgender Passus wiedergegeben: „Bei ausgesprochenen Entzündungserscheinungen tritt der feuchte Verband in sein Recht. Seine Ausdehnung ist bedingt durch den Entzündungsprozeß selbst. Die Wahl des Adstringens, mit welchem die Verbandstoffe getränkt werden, spielt keinerlei Rolle. Betonen möchte ich, daß bei Lymphangitis und Thrombophlebitis neben strengster Ruhigstellung und Hochlagerung große, womöglich die ganze Extremität einschließende feuchte Verbände zu verwenden sind. Die Wunde selbst wird am zweckmäßigsten mit einem einfachen Gazeschleier bedeckt, dessen Ränder mit Mastix bzw. Mastisollösung an der umgebenden Haut angeklebt werden. So wird die Mazeration der Haut und das Ueberwandern von Bakterien in die Wunde verhütet. Auch der saprophytisch auf der Haut lebende und in feuchter Wärme gedeihende *Bacillus pyocyaneus* wird am Wachstum und am Eindringen in die Wunde gehindert, wenn die Mazeration der Haut durch besagten Mastixanstrich hintangehalten wird. Der Gazeschleier bleibt beim Verbandwechsel liegen und schließt so das Verkleben der Verbandstoffe mit der Wunde aus. Im Kampfe gegen den *Pyocyaneus* hat sich mir der Uebergang zur trockenen Wundbehandlung und Einpulvern des Verbandes mit reiner Borsäure nach gründlicher Reinigung der Umgebung der Wunde mit Benzin und Hautanstrich daselbst mit Mastix besonders bewährt. An Stelle des ziemlich teuren Mastisols empfehle ich Selbstherstellung der Lösung, wie folgt:

Mastixkörner	40,0
Aether oder Chloroform	100,0
Leinöl gtt. X	—
Filtra	

oder folgende Ersatzpräparate:

Aether <u>sulph.</u>	
Coloph. aa	50,0
Terebinth. venet. . . .	1,0

bzw.

Coloph.	50,0
Spirit. vin.	10,0
Benzol.	50,0
Paraff. liqu.	4,0

Zur Ausspülung der Wundtaschen und eingelegten Drainröhren wendet man am besten eine H_2O_2 -Lösung an, da durch Sauerstoff in statu nascendi abgestoßene Gewebspartikel und Eiteransammlungen aus der Tiefe der Wunde heraufbefördert werden. Die Lösung verliert bei längerem Stehen an Wirksamkeit; es empfiehlt sich daher ihre frische Bereitung mit den Merckschen Perhydritpräparaten.

Bei abgesackten Eiterhöhlen ist nach deren Eröffnung das Austupfen mit konzentrierter Karbolsäure und deren Neutralisation nach $\frac{1}{3}$ —1 Minute mit Alkohol (nach Phelps) empfehlenswert. Der erzeugte Schorf verhindert weitere Resorption toxischen Materials vom Abszeß aus und beschränkt die Sekretion, so daß der Verbandwechsel bis zum 5.—7. Tage unterbleiben kann. Auf die offene Behandlung stark eiternder Wunden habe ich bereits hingewiesen. Will man die Wunde vor Berührung mit Bettstücken usw. schützen, so kann man sie mit einem Ring aus Schusterspan umgeben, über den ein Gazeschleier, den man mit Mastix an der umgebenden Haut festklebt, zu liegen kommt. Bei ausgiebiger Drainage, wo Drains von einer Inzisionsöffnung zur andern reichen, werden die Röhren am besten mit sterilen Seidenfäden armiert und so die Wiedereinführung nach Reinigung erleichtert. Bei endgültiger Entfernung der Drainage bleiben die Fäden, zur Schlinge geknüpft, noch einige Zeit liegen, falls da oder dort Sekretverhaltung eine Wiedereinführung des Drains nötig machen sollte. Bei schweren Phlegmonen erweisen sich Gazestreifen, mit Antiseptika in öligen Vehikeln getränkt (Perubalsam, 10%iges Jodoformöl), besonders wirksam. Ich habe dadurch selbst in verzweifelte Fällen noch einen Stillstand des phlegmonösen Prozesses erreicht. Worauf die Wirksamkeit der in dieser Form verwendeten Antiseptika beruht, kann ich nicht sagen. Zur Beschränkung der Sekretion dient beim Abklingen des Entzündungsprozesses Bepulvern der Wunde mit Bolus alba und geglühter Tierkohle nach Starkenstein unter trockenem Verband. Ein Gemisch von Zinc. oxyd., Glycerin und Wasser zu gleichen Teilen, zu dickem Brei verrührt, verhütet die Reizung der umgebenden Haut. Zur Bedeckung der Paste dient der schon mehrfach erwähnte einfache Gazeschleier, der mit Mastix festgeklebt wird.“

(M. Kl. 1915 Nr. 12.)

Ueber ein einfaches, erfolgreiches, im Balkankrieg erprobtes Wundbehandlungsmittel. Von Dr. Chrysospathes (Athen). Nach den guten Erfahrungen, die Verf. zuerst in seiner Praxis mit dem Paraffinum liquidum, besonders bei ausgedehnten Dekubitusgeschwüren machte, wandte er es während der Balkankriege bei flächenhaften, reinen sowohl wie infizierten Wunden und zur Fistelbehandlung rein bzw. mit 2,5% Jodoform vermischt mit den besten Resultaten an. Er empfiehlt es daher warm, besonders für die Kriegschirurgie, da es sich bei der Einfachheit in seiner Anwendung und Beschaffung (Truppenverbandplätze, Etappenlazarette) als eines der wirksamsten granulationsfördernden Antiseptika unserer Zeit erwiesen hat. Zudem besitzt Paraffinum liquidum den Vorzug der großen Billigkeit. Intoxikationen, speziell bei reiner Anwendung

mit Jodoform zusammen, beobachtete Verf. nicht, nur rät er, die die Wunde umgebende Haut mit Vaseline zu bestreichen, um sie bei einer längeren Anwendung des Jodoformparaffins vor Irritierung durch Jodoform zu schützen. Gegen das Verkleben der Verbandstoffe mit der Wunde nimmt Ch. ebenfalls Vaseline, mit dem er die aufzulegende Gaze vorher belegt.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 14.)

Zur Wundbehandlung. Von Dr. Wilcke (Konitz). Bei zerrissenen eiternden Wunden, die man bei Verwundeten jetzt öfters sieht, ist das Eingießen von Jodum 1./Paraffinum liq. 300 in die Wundhöhlen nützlich. Sind die Wunden gereinigt, ferner bei Frostwunden empfiehlt sich eine Salbe: Jodi met. 1., Kali jodati 1./Vaseline. 100. Die gereizte Umgebung von Wunden, auch gereinigte Wundflächen pudert Verf. mit Terebinth. venet. 20./Calc. praecip. 100.

(M. Kl. 1915 Nr. 16.)

Pyoktanin in der Kriegschirurgie. Von Dr. P. Schrupp und Dr. W. F. v. Oettingen (Aus dem Vereinslazarett und Verbandstation Niederlahnstein). Das von Merck hergestellte Pyoktanin (100 g 4,50 Mk.) ist ein grünviolett Pulver, das in Wasser aufgelöst in minimalster Menge intensiv violett färbt. Das Präparat leistete bei stark eiternden Wunden, wo andere Methoden versagten, Glänzendes. Pyoktanin wird wie folgt angewandt:

1. **Flache Wunden.** Diese sind für die Behandlung die geeignetsten. Die Wunde wird in ihrer ganzen Ausdehnung mit Pyoktanin in dicker Schicht bestreut und mit einem aseptischen trocknen Verbande fest bedeckt. Derselbe bleibt 2, event. 3 Tage und wird dann gewechselt. Wird er abgenommen, so sieht man die Wundfläche rein, frisch granulierend und manchmal leicht blutend; meist hat in der sehr kurzen Zeit der Ueberhäutungsprozeß schon merkliche Fortschritte gemacht. In vielen Fällen genügte der 1. Verband, und es konnte die Wunde weiter steril oder mit Silbernitrat salbe behandelt werden.

2. **Hohlwunden mit breitklaffendem Eingang,** deren Ränder leicht zugänglich sind, werden wie flache Wunden behandelt. Auch hier möglichst viel Pyoktanin in Substanz.

3. **Penetrierende Schußkanäle, offene Knochenbrüche usw.** Hier wird es schwieriger, das Pyoktanin wirklich mit der Wundfläche in Berührung zu bringen. Die von Stilling empfohlenen Spülungen mit 5—10% igen Lösungen müssen mehrmals täglich wiederholt werden, wenn sie wirklich wirken sollen, und selbst dann ist der Erfolg kein befriedigender. Hierzu kommen

noch die technischen Schwierigkeiten der Spülung mit der die Wäsche zu leicht beschmutzenden Flüssigkeit. Die durch Merck hergestellten Pyoktaninstäbchen, die in den Wundkanal hineingesteckt werden, sind nicht genügend wirksam, offenbar auch, weil sie mit der Eiter erzeugenden Wundfläche zu wenig in Berührung kommen. Daher empfehlen Verff. in diesen Fällen Folgendes: durch Zusatz von wenig Wasser, etwas Alkohol und gründliches Umrühren wird ein sirupartiger Brei von Pyoktanin hergestellt, der in den Schußkanal eingeträufelt wird; wird außerdem noch ein Gummidrain benutzt, so wird dieser vor dem Einführen angefeuchtet und in trockenes Pyoktanin getaucht. Dasselbe geschieht bei Gaze-streifen. Auf diese Weise haben Verff. auch bei tiefen penetrierenden Wunden, bei denen eigentlich die Anbringung einer Gegeninzision am Platze gewesen wäre, sehr gute und rasche Erfolge gesehen. Durchweg wird die Wunde durch Pyoktanin sehr rasch bereits mit geringen Mengen völlig desodoriert. Ein rascher Temperaturabfall ist auch in den meisten Fällen zu beobachten. Manche Patienten klagen über ein gewisses, jedenfalls nicht sehr intensives Brennen in ihrer Wunde nach der Pyoktaninapplikation, doch hält dies meist nicht länger als 24 Stunden an.

Verff. können in der Kriegschirurgie eine Behandlung eiternder Wunden mit Pyoktanin nicht warm genug empfehlen. Die Methode hat auch den Vorzug der großen Einfachheit und Billigkeit, da sie häufigen Verbandwechsel unnötig macht. Auch an der Front dürfte sie prophylaktisch angebracht sein zur Vermeidung von Tetanus und sonstigen Infektionen bei verdächtigen Wunden. Der einzige Nachteil der Behandlung ist die durchdringliche Farbe des Mittels, die bei ungeschickter Handhabung lästig ist. Bemerkt sei jedoch, daß Flecken in der Wäsche beim Waschen derselben mit Soda verschwinden. Wie Verff. jedoch selbst erfahren haben, läßt sich bei einiger Uebung (Gummihandschuhe beim Verbinden angebracht) der Uebelstand leicht heben, so daß auch ein sauberes Arbeiten mit Pyoktanin möglich wird.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 12.)

Ueber äußerliche Behandlung mit anhaltend desodorierend und desinfizierend wirkenden Pulvern. Von San.-Rat Dr. J. Ruhemann (Berlin). Das Kalziumperborat ist in Wasser nur ganz wenig mit kaum alkalischer Reaktion löslich. Es entbindet dem Volumen nach fünfmal mehr O als die offizinelle 3%ige Wasserstoffsuperoxydlösung. Trotzdem hat es auch unverdünnt nicht die ätzende Wirkung, die ein Wasserstoffsuperoxyd von entsprechender Konzentration haben würde. Für praktische Zwecke kommt Kalziumperborat mit der gleichen Menge Talkum gemischt unter

dem Namen „Leukozone“¹⁾ in den Handel. Dieses entwickelt in Berührung mit Sekreten nicht Wasserstoffsuperoxyd, sondern O, und zwar hält diese Wirkung lange an. Bei Behandlung der Wunden verschiedenster Art wurde keine Spur Reizwirkung gesehen; das bestätigen auch die im Reservelazarett II (Tempelhof) von Sanitätsrat Dr. S. Adler und Dr. W. Friedländer beobachteten Fälle. Dies erscheint auch von vornherein klar, da sich nach Entwicklung des Sauerstoffs als Residuen das unlösliche, wie Gips sich verhaltende Kalkborat und Talkum in kleinster Menge finden. So kommt es bei reichlich sezernierenden Wunden nie zu Schorfen, da die O-Entwicklung dieses verhindert; bei wenig absondernden Wunden deckt das Pulver in etwas stärkerem Maße. Bei putriden, riechenden Wunden beobachtete Verf. Desodorierung, so z. B. bei einem tiefen, nach Gaumenabszeß entstandenen und durch Eröffnung vom äußeren Halse aus bedingten Fistelgang, während die Dermatolgazeausstopfung den Geruch nicht bannen konnte. Bei einem apfelgroßen Karzinom der Mamma, das eitrig sezernierte und leicht blutete, durch den Geruch die 74jährige Frau stark belästigte, wirkte das Pulver desodorierend, sekretionsbeschränkend und blutstillend, gewöhnlich 48 Stunden lang. Ohne weiter auf Detaillierung des klinischen Materials einzugehen, läßt sich aus den gemachten Angaben ersehen, daß das Leukozone zur Dauerdesinfektion und -desodorierung geeignet ist, daß es zur Verwertung bei putriden Affektionen, Gasphegmonen, brandigen Zuständen herangezogen werden kann; für Dauerverbände, z. B. bei komplizierten Frakturen, wird das Leukozone Verwendung finden können. Verf. denkt auch daran, daß es als Prophylaktikum gegen Tetanus und als Ersatz der hierbei empfohlenen umständlichen Dauerberieselung mit Wasserstoffsuperoxyd versucht werden kann. Die Indikation für Fistelbehandlung liegt auf der Hand. Die Kombination mit dem zur schnellen Wundreinigung zu benutzenden Wasserstoffsuperoxyd ist natürlich angängig und empfehlenswert.

(D. m. W. 1915 Nr. 16.)

Zur Behandlung der Erfrierungen. Von Professor Arnold Wittek, k. u. k. Oberstabsarzt. Die Behandlung bestand in dem Verfahren, das Noesske seinerzeit zur Verhütung der Nekrose schwer gequetschter und nur an einer schmalen Hautbrücke hängender Finger angegeben hat: Quer einschneiden über die Fingerkuppe bis auf den Knochen, der Ausdehnung der Endphalange entsprechend. Noesske erklärte den Nutzen seines Eingriffes mit der Behebung

¹⁾ Das Leukozone wird in den Chemischen Werken von Dr. Heinrich Byk in Oranienburg hergestellt.

der venösen Stase und dadurch Ermöglichung eines zentrifugalen Blut- und Saftstromes. Von dieser Erfahrung ausgehend, versuchte Verf. auf dieselbe Weise die Erfrierungsnekrosen zu behandeln. Und zwar wurden alle Zehen nach Noesske indiziert, hierauf aber auch am Fußrücken 2 bis 4 Längsinzisionen von der proximalen Grenze der durch die Erfrierung verfärbten Haut bis zur Zehenbasis angelegt. Unter Umständen ebenso an der Planta pedis. Der Nutzen des Eingriffes zeigte sich bereits nach 24 Stunden. Die zuerst blaugrün verfärbte, glasigwolkige Infiltration des Fußrückens ging zurück, und die schon angedeutet gewesene Demarkationszone rückte distalwärts gegen die Zehenbasis. Verf. hat niemals eine Amputation höher als die Mitte der Metatarsi ausführen müssen. Und das nur zweimal in den schwersten Fällen. In den übrigen gingen nur die Zehen teilweise oder ganz zugrunde. Manchmal auch noch die Köpfchen der Mittelfußknochen. Die Methode hat den Vorteil, die phlegmonöse Komplikation der Erfrierungen gar nicht eintreten zu lassen. Die fiebernd Eingebrachten sind nach dem Eingriff rasch entfiebert. Dadurch ersteht die Möglichkeit, den Zeitpunkt der Abtragung der endgültigen Nekrose beliebig weit hinausschieben zu können. Schließlich trägt man eine von gesunden Granulationen wohl abgegrenzte Nekrose ab, von deren Ausdehnung man angenehm überrascht ist. Die Inzisionen werden ohne Narkose ausgeführt, da man in vollständig anästhetischer Zone operiert. Unmittelbar nach der Operation Kollargolumschläge, vom 3. Tage ab indifferente Salben.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 12.)

Mobilisierung ankylosierter Gelenke. Von E. Payr (Leipzig). Weitere Mitteilungen über die ausgezeichneten Erfolge des Verf. und namentlich auch über das Fernschicksal operativ neugebildeter Gelenke. Die an zahlreichen Fällen seines Materials vorgenommenen Nachuntersuchungen ergaben für die große Mehrzahl derselben hochbefriedigende, zum Teil — weil nicht erwartet — überraschend günstige Resultate. Die neugebildeten Gelenke befriedigen nicht nur in morphologischer, sondern auch in funktioneller Hinsicht. Die grobe Kraft, die unbeschränkte Belastungsfähigkeit, die psychische Gebrauchssicherheit und Geschicklichkeit der das neue Gelenk tragenden Gliedmaße, die Feinheit der Bewegungsstellung ließen in vielen Fällen keine wesentlichen Unterschiede gegenüber einem normalen Gelenke erkennen. Die Technik der Operationen hat in den letzten 2 Jahren mancherlei Verbesserungen erfahren. Das Material der letzten 2 Jahre umfaßt 22 Fälle von Ankylosen. Kniegelenk: 11 Eingriffe, 2 Mißerfolge, 9 Erfolge, davon 7 sehr gut. Hüftgelenk: 3 Fälle, 2 sehr gute Erfolge, 1 Mißerfolg. Ellenbogen:

3 Fälle, 2 sehr gute, 1 guter Erfolg. Fingergelenk: 2 Fälle, beide mit Erfolg Schultergelenk: 1 Fall, ohne Erfolg.

(Arch. f. klin. Chir. 106 H. 1. — D. m. W. 1915 Nr. 5.)

Zur Behandlung der Oberschenkelbrüche im Felde: der Drahtschienengipsverband. Von Wilhelm Danielsen (Beuthen O.-Schl.), zurzeit Stabsarzt im Felde. Verf. wendet folgenden Verband an: In Narkose wird die Wunde verbunden und die Oberschenkelfraktur in starker Extension und Abduktion mit der Dupuytrenschen Schiene fixiert, ein alterprobter Verband, auf welchen neuerdings v. Hacker und v. Redwitz wieder mit Recht aufmerksam gemacht haben. Unbedingt notwendig aber ist es, eine kräftige Fixation des Beckens hinzuzufügen, soll der Verband seinen Zweck voll erfüllen. Einige Gipsbinden genügen nicht, weil der Verband dann stets beim Transport in der Leistenbeuge und Gesäßfalte einbricht, viele Gipsbinden stehen nicht zur Verfügung. Verf. hat sich nun für die Verstärkung dieses Verbandes die Erfahrungen des Baugewerbes mit Rabitzdecken und -wänden und mit Eisenbetondecken zunutze gemacht. Die enorme Festigkeit dieser Platten ist allgemein bekannt; außerdem liegen auch genaue wissenschaftliche Belastungsproben vor, welche ergeben haben, daß die Gipsplatten, welche durch Einlegen von Stroh- und Rohrgeflecht verstärkt wurden, lange nicht so widerstandsfähig sind, wie die mit Drahtgeflecht. Sollte die Gipsplatte besonders kräftig sein, fügte man noch wie bei den Eisenbetondecken senkrecht zu der am meisten gefährdeten Achse zur weiteren Verstärkung zwei Rundeisen ein, welche mit dem Draht verflochten wurden. Diese Erfahrungen machte sich Verf. für seine Zwecke nutzbar. Die Hilfsmittel (Draht, Drahtgeflecht, Gips) standen überall in genügender Menge zur Verfügung. Verf. schnitt nun aus feinmaschigen Drahtgeflechtumzäunungen Streifen von 1 m Länge und 15—20 cm Breite aus und durchflocht sie der Länge nach an den beiden Kanten mit einem stärkeren Draht von etwa 2—3 mm Dicke. Die über die Drahtkante vorstehenden Spitzen des Geflechts werden nach innen umgebogen. Die Schiene läßt sich außerordentlich gut modellieren. Ihre Anwendung ist folgende: Nachdem die Dupuytrensche Schiene angelegt und mit Watte und Binde um das Becken fixiert ist, wird die bereitgehaltene Drahtschiene von der gesunden Hüfte quer über die Leistengegend des kranken Beines und um den Oberschenkel über die Gesäßfalte angelegt. Sie kann aber auch ebenso gut hinten herum nach vorne herumgeführt werden. Auf alle Fälle muß die Drahtgeflechtschiene gut anmodelliert werden, was außerordentlich leicht und schnell geht. Dann wird über die Schiene sehr viel bereitgehaltener Gipsbrei gegossen, so daß die Schiene im

Gips eingebettet ist. Während des Erkalten wird der Gips verstrichen und event. eine Mullbinde darüber gewickelt. Zum Schluß noch eine Gipsbinde um die Kniegegend, so daß die Wundgegend möglichst offen bleibt. Dauer des ganzen Verbandes 15 Minuten. Nach Erstarren hält er eisenfest. Die Vorzüge des Verbandes, namentlich im Felde, sind, daß

1. die Hilfsmittel überall leicht beschafft und
 2. bequem im Sanitätswagen transportiert werden können,
 3. der Verband den Bruch fixiert und extendiert,
 4. lange und schwierige Transporte zuläßt,
 5. bis zur Aufnahme in ein Heimatlazarett liegen bleiben kann und
 6. zu seiner Anlegung eines sehr geringen Zeitaufwandes bedarf.
- (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 12.)

Zur Behandlung von Rippenbrüchen. Von Dr. W. Groß, Chefarzt des Krankenhauses Stift Mariahilf in Harburg-E., Stabsarzt Res.-Inf.-Rgt. 73. Seit mehreren Jahren gebraucht Verf. einen einfachen Heftpflasterverband, welcher in der Form eines Längsstreifens von Heftpflaster unterhalb der Bruchstelle beginnt und dann über die entgegengesetzte Schulter zieht. Ist die Schwellung sehr arg und die Schmerzhaftigkeit sehr groß, so legt Verf. zur Stütze der Bruchstücke zwei Heftpflasterstreifen in der angegebenen Richtung unter Freilassung der gebrochenen Stelle parallel, erforderlichenfalls dazwischen den Verband einer Wunde. Der Streifen, welcher sich über die Schulter zieht, muß unter Druck zuerst unterhalb der Bruchstelle, womöglich bei tiefer Inspiration, gelegt werden; dann führt man unter stetigem Zug den Streifen über die Schulter und befestigt ihn handbreit weit auf der entgegengesetzten Seite (Brust oder Rücken). Quer auf die Stelle des Rippenbruchs legt Verf. die bekannten, dachziegelförmig sich deckenden Heftpflasterstreifen über den Beginn des zuletzt erwähnten Streifens, um diesen zu befestigen. Einen weiteren Streifen legt man, um den Schulterstreifen zu befestigen, in querer Richtung über das Ende. Es ist auffallend bei diesen Verbänden, wie gut die Leute umhergehen können, ohne erhebliche Schmerzen zu haben, so daß man derartige Fälle ambulatorisch behandeln kann. Diesen Verband möchte Verf. als außerordentlich brauchbar empfehlen, auch bei Nachbehandlung von schmerzhaften Verwachsungen in dem Brustfellraum oder Neuralgien nach der Heilung solcher Brüche oder gleichartiger Erkrankungen.

(D. m. W. 1915 Nr. 12.)

Beitrag zur operativen Behandlung der Epilepsie. Von F. Rauch. Verf. stellt die in der chirurgischen Klinik zu Göttingen in den

letzten 25 Jahren operierten Epilepsiefälle zusammen. Es sind im ganzen 22 Fälle, darunter 13 Fälle von allgemeiner nichttraumatischer Epilepsie, 5 Fälle von nichttraumatischer Jackson-Epilepsie, 4 Fälle von allgemeiner Epilepsie nach Trauma, dagegen kein einziger Fall von typischer traumatischer Jackson-Epilepsie. Bei allgemeiner nichttraumatischer Epilepsie wurde 9 mal die Resektion des Hals-sympathicus vorgenommen. Erzielt wurde 1 Heilung, die übrigen Fälle blieben ungebessert. In 13 Fällen wurden Operationen am Schädel vorgenommen, 4 mal bei allgemeiner, nichttraumatischer Epilepsie (darunter 1 Fall mit Herderscheinungen nach zerebraler Kinderlähmung), 5 mal bei nichttraumatischer Jackson-, 4 mal bei allgemeiner traumatischer Epilepsie. Bei diesen 13 Fällen wurde erzielt: 1 Heilung bei nichttraumatischer Epilepsie, 5 Besserungen, und zwar 2 bei allgemeiner nichttraumatischer Epilepsie, 1 bei nichttraumatischer Jackson-Epilepsie und 2 bei traumatischer allgemeiner Epilepsie. Von diesen gebesserten Fällen sind 2 weniger als 3 Jahre beobachtet. 1 mal trat Exitus in Narkose ein vor Beginn der Operation. Der Eingriff bestand teils in einfacher Trepanation mit oder ohne Spaltung der Dura, teils in Exzision der Dura oder Lösung von Verwachsungen derselben, teils in Exzision von Gehirnrinde. Verf. meint, wenn die erzielten operativen Erfolge auch keine glänzenden zu nennen sind, so seien sie doch nicht derart, daß man die operative Behandlung der Epilepsie als völlig aussichtslos bezeichnen müßte.

(Beitr. z. klin. Chir. Bd. LXXXV Heft 3. —

Mschr. f. Unfallhkd. 1914 Nr. 11.)

b) Innere Krankheiten.

Bemerkungen über Kriegs-Herzbeschwerden. Von Professor Dr. Heinrich Kisch (Marienbad). Verf. verschreibt gern:

Rp. Tinct. Digit. purp. 2

Tinct. Strophant.,

Tinct. Convall. maj. āā 5

Tinct. Chin. compos. 25,

davon stündlich, oder 2stündlich, oder alle 3 Stunden (je nach spezieller ärztlicher Dosierung) zehn Tropfen zu nehmen.

(Prag. med. Wschr. 1915 Nr. 16.)

Ein Beitrag zur Prophylaxe des Flecktyphus. Von Regimentsarzt Dr. Klempfner (Budweis, derzeit Mauthausen). Da der Flecktyphus bezüglich seiner Uebertragungsweise (Insektenstich) und bezüglich des sicheren Vorhandenseins des Erregers im Blute gewisse Ähnlichkeiten mit der Malaria aufweist, hat Verf. zur Prophylaxe des Flecktyphus Chinin in einer abendlichen Dose von 0,2 ver-

schrieben, und zwar während der ganzen Inkubationsdauer von 21 Tagen. Die Flecktyphus-Epidemie in Mauthausen war bereits im Erlöschen (27. Februar), und so benützte Verf. den frischen Transport von 50 Russen, die nach Mauthausen eingebracht und von dem übrigen Lager total isoliert waren, zur Vornahme des Versuches. 4 Tage nach Einbringung der russischen Mannschaft war der erste, jedenfalls eingeschleppte Flecktyphus, am nächstfolgenden Tage der zweite, am drittfolgenden Tage der dritte, am viertfolgenden bereits der vierte, am 5. Tage der fünfte Fall von Flecktyphus zu konstatieren. An diesem Tage begann Verf. mit der Verabreichung von Chinin, bis zum 17. März hörten mit einem Schlage die Flecktyphusfälle auf. An diesem Tage kam noch ein Fall zur Beobachtung; seither ist die Flecktyphus-Epidemie bei den Russen nach Abwarten der 21 tägigen Inkubationsdauer als erloschen zu betrachten. Denselben Versuch wie Verf. stellte Oberarzt Marikovsky bei dem 10./I. Etappenbataillon Honvéd an, in welchem eine mittelschwere Flecktyphus-Epidemie ausgebrochen war. Das Bataillon hatte einen Verpflegsstand von zirka 700 Mann, von diesen erkrankten im ganzen 160. Am 14. März standen noch 64 Fälle in ärztlicher Behandlung. An diesem Tage begann er mit einer abendlichen Dose 0,2 Chinin und gab dieselbe ebenfalls durch 21 Tage. Auch hier zeigte sich das merkwürdige Ergebnis, daß mit der Darreichung der prophylaktischen Dose von Chinin weitere Zuwächse von Flecktyphus im Bataillon nicht mehr zu verzeichnen waren. (Prag. med. Wschr. 1915 Nr. 17.)

Zur Behandlung der Kriegsruhr. Von Dr. med. Soldin (Berlin), zurzeit leit. Arzt des Festungslazarets Montigny. Bei perniziösen Fällen ist jede Therapie aussichtslos. Bei Behandlung leichter und chronischer Fälle spielt Diät die Hauptrolle. Verf. hat in den ersten 2 Tagen fast nur Haferschleim gegeben und gegen den Durst Tee und Wasserkakao, beides möglichst ungesüßt. Verf. will aber gleich bemerken, daß selbst größere Zuckermengen keinen schädlichen Einfluß auf die Krankheit ausübten. Am 3. Tage wurde eine Portion Röstzwieback (5 Stück) dazugegeben und gleichzeitig 1—2 Eßlöffel weißer Käse. Am 4. Tage verdoppelte und verdreifachte Verf. die Zwiebackportion und verdoppelte die Käsemenge. Am 5. Tage begann er mit Zulagen von Kartoffelbrei und, wenn die Beschaffung möglich war, auch von Mohrrübenbrei. (Andere Gemüse waren kaum zu beschaffen, Kohlarten verboten sich von selbst.) Vom 6. Tage an konnte schon gedämpftes Fleisch, am liebsten Kalbfleisch oder gewiegtes Rindfleisch, verabfolgt werden ferner zwei Eier in leicht verdaulicher Form. Ferner Grieß, Graupen, Sago oder Grünkern, am besten als dicke Suppen oder als Brei.

und von Kompotts am liebsten das Apfelmus. Diese Kostformen wurden bis zum 10. Tage beibehalten, von da ab konnte schon gewöhnliche Mannschaftskost verabfolgt werden. Daß sich dieses Schema mitunter etwas verschob, ist selbstredend und war natürlich abhängig von der Dauer der Ruhrerscheinungen. Einen außerordentlich günstigen Einfluß sah Verf. vom weißen Käse, denn erstens ist er imstande, den Hunger der Patienten, der häufig schon am dritten Tage mit geradezu elementarer Macht einsetzte, zu befriedigen, andererseits ist es ganz gut möglich, das Kasein mit zur Eindickung der Stuhlgänge beizutragen. Man bereitete sich den Käse selbst, indem man saure Milch auf etwa 40° erwärmte. Hierdurch tritt eine Säurefällung des Kaseins ein, das auf einem Sehtuch von der sauren Molke getrennt wird. Hat man keine saure Milch zur Verfügung, so muß man Labessenz zur Milch hinzufügen, wodurch ebenfalls das Kasein gefällt wird. Wein verordnete Verf. nur in starker Verdünnung mit Tee oder Wasser, und zwar nur, um den Durst zu stillen. Niemals konnte Verf. einen günstigen Einfluß von unverdünntem Wein, auch nicht von Rotwein in größeren Mengen, feststellen, und dort, wo ein starher Tenesmus die Kranken quälte, sah er eher eine den Tenesmus steigernde Wirkung. Wenn man unter einer rein diätetischen Behandlung eine Krankheit schnell und ohne Störung abheilen sieht, so ist man nicht gerne bereit, noch einen Gebrauch von Medikamenten zu machen. Trotzdem ist Bolus, Wismut und Tannin häufig genug angewandt worden, aber Verf. muß gestehen, daß er niemals hierdurch die Ruhr schneller heilen sah als durch diätetische Maßnahmen allein. Man kommt sogar leicht zu einer ablehnenden Haltung gegenüber all diesen Mitteln, wenn man nach einem scheinbaren Erfolg in dem einen oder anderen Falle bei Wiederholung in genau parallelen Krankheitsfällen nicht die geringste Wirkung von all diesen Medikamenten sieht. Verf. will gern zugeben, daß bei der langen Dauer der chronischen Fälle, die sich nicht nur viele Wochen, sondern ausnahmsweise sogar bis zu drei Monaten hinschleppten, schon aus psychischen Gründen das vollkommene Verneinen von Arzneimitteln nicht zu empfehlen ist; dann empfiehlt Verf. noch am ehesten das Wismut, und zwar in recht großen Dosen. Gleichzeitig ist in diesen chronischen Fällen besondere Sorgfalt auf die Herztätigkeit zu legen. Bei der großen Neigung dieser Fälle zum Exazerbieren ist der Wiedereintritt frischer Ruhrerscheinungen vielfach von einer starken Herzschwäche begleitet. Verf. hat Fälle, die schon pulslos waren, durch Koffein und Kampfer und Digitalis wieder genesen und heilen sehen. Opium bzw. Morphin wandte er in den leichten Fällen nur nach Bedarf an, am liebsten nur des Abends, um den Kranken eine möglichst ungestörte Nachtruhe zu verschaffen; aber selbst bei

Anwendung großer Dosen (30—40 Tropfen Opiumtinktur) kann man sie nicht bestimmt garantieren. (Therap. Mhf. März 1915).

Tannoform bei Typhus und septischer Enteritis hat Dr. H. Krüger (Plauen) mit bestem Erfolge angewandt.
(Ther. d. Gegenw., April 1915.)

Bananen bei Darmkrankheiten. Von C. D. de Langen (Groningen). Günstige Resultate bei chronischer Enteritis durch ausschließlichen Genuß von Bananen. Bei tuberkulöser Enteritis trat stets Mißerfolg ein.
(Tijdschr. voor Geneesk. 19. 9. 1914. — D. m. W. 1915 Nr. 12.)

Erfahrungen über den Gebrauch von Trastomalkapseln. Von Prof. Dr. A. Hiller (Schlachtensee b. Berlin.) Unter „Trastomalkapseln“ versteht man Gelatinekapseln, welche durch Einwirkung von Formaldehyd so gehärtet sind, daß sie den Magen ungelöst passieren und erst im Dünndarm sich lösen. Die Berliner Capsulesfabrik Johann Lehmann fertigt 3 Grade der Schwerlöslichkeit an; beim Härtegrad I trat in Kapseln mit 0,5 Jodkalium, bei künstlicher Verdauung mit Pepsinsalzsäure im Thermostaten, deutliche Jodreaktion nach 40 Minuten ein, beim Härtegrad II nach $1\frac{1}{2}$ Stunden, beim III. Härtegrad nach 2 Stunden. Diese Darreichungsform eignet sich für alle schlechtschmeckenden Arzneien, wie Ol. Santali, Ol. Ricini, Extr. Cascara Sagrada, Menthol, Guajacol, und für solche Medikamente, welche die Magenschleimhaut reizen, Uebelkeit und Erbrechen hervorrufen, wie die Salizylsäure, Salipyrin, Chinin, Ol. Terebintinae, Jodipin u. a. Gegen Darmgärungen und Blähungen verwendet Verf. mit gutem Erfolge Trastomalkapseln (Härtegrad II) mit Menthol 0,2 und Magnesia peroxydat. 0,25, oder auch mit Thymol 0,5 g. Sehr bequem durchzuführen ist auch eine Bandwurmkur mit 10 Trastomalkapseln I, enthaltend Extr. Filicis 7,5—10,0 und Phenolphthalein 0,1—1,15 g; $\frac{1}{2}$ stündlich 2 Kapseln. Die Berliner Capsulesfabrik hat Bandwurm-Trastomalkapseln für Kinder und Erwachsene vorrätig.
(Allg. m. Ztg. 1914 Nr. 35.)

Taenia saginata beim Säugling. Von K. Grimm (Städt. Kinderspital Köln). $10\frac{1}{2}$ Monate altes Kind, das 2 Monate vorher rohes geschabtes Fleisch erhalten hatte, entleerte Proglottiden und Eier der Taenia saginata, hatte aber keinerlei Beschwerden oder Krankheitszeichen. Es erhielt Kukumarin (Jungclaußen, Hamburg) 20 g mit seiner Milch. 10 Stunden später geht die 3,25 m lange Taenie mit Kopf ab. Kukumarin sollte bei kleinen Kindern stets versucht werden.
(M. m. W. 1914 Nr. 32.)

Larosan beim Erwachsenen, insbesondere bei Ulcus ventriculi. Von Dr. Richard Meyer (Aus der Inneren Abteilung des Elisabethkrankenhauses in Halle a. S.). Larosan ist ein von der Firma F. Hoffmann La Roche & Co. in Grenzach-Basel hergestelltes Kasein-Kalziumpulver mit einem CaO-Gehalt von 2,5%; es wird bei darmkranken Säuglingen je nach Lage des Falles als Larosan-Drittermilch oder Larosan-Halbmilch verwendet (20 g Larosan auf 1 l Drittel- bzw. Halbmilch), bei etwas älteren Kindern auch als Larosan-Vollmilch. Für Ulkuskranke hat die Larosanmilch außer der Kalorienbereicherung noch den Vorzug, daß sie durch den Kasein- und Kalziumgehalt die Säure bindet und einen günstigen Einfluß auf die Blutgerinnung ausübt. Nicht nur in der ersten Woche nach einer Magenblutung, auch für die nächstfolgende Zeit empfiehlt es sich, die mit Larosan angereicherte Milch beizubehalten. Lenhartz schreibt in seiner Diät vor, von der zweiten Woche ab zu der Milch und den Eiern als weiteres eiweißhaltiges Nahrungsmittel das Schabefleisch hinzuzufügen. Wie Queißer nachgewiesen hat, ist es unzweckmäßig, Hackfleisch zu geben, weil auf diese Weise okkulte Blutungen vorgetäuscht werden können. Von 40 Personen, die mehrere Tage hindurch bei sonst fleischfreier Kost täglich zweimal 35 g Schabefleisch bekamen und bei denen keine Magen- oder Darmerkrankungen vorlagen, war die Webersche Blutprobe in 8 Fällen (= 20%) positiv. Er schlägt daher vor, das Schabefleisch durch andere Präparate, wie Tropon, Riba zu ersetzen. Da überdies der Ansicht, daß das Fleischeiweiß die Säure bindet, mit noch größerem Recht die Auffassung gegenübergestellt werden kann, daß es spezifisch sekretionssteigernd wirkt, so ist auch aus diesem Grunde das Larosan vorzuziehen. Daß der nicht unerhebliche Kalkgehalt des Larosans (2,5%) gerade bei der Behandlung des Ulcus ventriculi besonders ins Gewicht fällt, ist noch hervorzuheben. Im allgemeinen wird ja jetzt anerkannt, daß unsere Nahrung zu kalkarm ist. Nach den Untersuchungen von Loew, Emmerich und anderen ist ein Kalkzusatz zur Nahrung in vielen Fällen zu empfehlen. Bei Ulkuskranke, wo es sich zumeist um blutarme, erschöpfte Individuen handelt, kommt der Kalkzusatz der Konstitution und Reparation besonders zugute. Außerdem wirkt der Kalkgehalt säurebindend und erhöht die Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Wir dürfen daher in dem Kalzium des Larosans gerade bei Ulkuskuren eine durchaus nützliche Komponente erblicken. Was nun die praktische Seite anbelangt, so hat Verf. mit der Verwendung des Larosans bei Ulcus ventriculi gute Erfahrungen gemacht. Die Larosanmilch wurde fast durchweg gern genommen. Die Konzentration war meist erheblich stärker als die der sogen. Larosanmilch; gewöhnlich wurden der unverdünnten Milch 5—6% Larosan zu-

gesetzt. Wo diese Larosanmilch nicht gern genommen wurde, ließ Verf. sie mit einem Zusatz von Kakao und Zucker bereiten. In den Fällen, in denen eine Abneigung gegen den Larosanzusatz bestand, war gewöhnlich eine solche auch gegen die Milch an sich vorhanden. Daß das Larosan etwa eine übermäßige Verstopfung veranlaßt, konnte Verf. nicht finden; die Patienten waren nicht stärker obstipiert, als es auch sonst bei der einfachen Milchdiät — und Bettruhe der Fall zu sein pflegt. (D. m. W. 1914 Nr. 32.)

Sozodol-Natrium bei Diphtherie wendet Dr. G. Friedländer (Berlin) seit 10 Jahren (über 800 Fälle) an (ohne Serum!) und erzielte beste Resultate. 3—5 mal täglich Einblasungen. Auch prophylaktische Erfolge! (Allg. m. Ztg. 1914 Nr. 30.)

Yatren in der Oto-Rhino-Laryngologie. Von Dr. Haenlein (Berlin). „Yatren wirkt nach den vorliegenden Veröffentlichungen ziemlich bakterizid, auch nach der Tiefe zu, hat Dauerwirkung, ist unschädlich, greift die Körperzellen nicht an. Es schmeckt süßlich, ist geruchlos, fleckt nicht. Diese günstigen Eigenschaften lassen eine Verwendung des Präparats in der Oto-Rhino-Laryngologie angebracht erscheinen. Das Präparat, eine Jodverbindung des Benzolderivats, stammt aus dem Westlaboratorium Schöneberg. Ich verwendete Yatren in Glyzerinlösung und als Pulver. Im warmen Wasser löst sich Yatren im Verhältnis von 1:10; in absolutem Alkohol löst es sich gar nicht, ebensowenig in Paraffinöl, es löst sich sehr gut in Glyzerin. Zum Gebrauch mit Paraffinöl muß es geschüttelt werden. Ich benutze Yatren bei chronischen, mäßig Eiter absondernden Mittelohreiterungen mit fehlendem Trommelfell oder mit großen Perforationen, wobei Yatren ausgiebig mit der Schleimhaut in Berührung kommen konnte. Yatren ergab gute Resultate sowohl eingeblasen wie als Yatren-Glyzerinlösung eingeträufelt. Häufig hatte ich den Eindruck, daß Yatren intensiver wirkte wie bei diesen Erkrankungen sonst angewendete Mittel. Nicht sehr kräftig ist die desodorierende Wirkung des Yatrens. Bei akuter und chronischer Rhinitis, bei Tonsillitis hat sich Yatren, eingeblasen, ebenfalls gut bewährt. Für Larynxaffektionen scheint mir Mentholöl geeigneter wie Yatren-Paraffinöl. Die bisherigen Versuche mit Yatren ermutigen zur Nachprüfung bzw. zu weiteren Versuchen.“ (M. Kl. 1914 Nr. 18.)

Zur Heufieberbehandlung. Von Dr. L. Ruppel (Eisenach). Empfehlung von Gramonervintabletten (Bohlig & Roth, Eisenach), bestehend aus Butylchloralhydrat und Calcium glycerinophosphoricum. (M. Kl. 1914 Nr. 27.)

Diplosal, ein ideales Salizylpräparat, wie es von San.-Rat Dr. Kukulius (Groß-Schönebeck) genannt wird, hat diesem bei Rheumatismen, besonders den akuterer Fällen, die besten Dienste geleistet. Darreichung in Tabletten- und Pulverform, 3 mal täglich 1—2 Tabletten (= 0,5—1,0 Pulver). Keine Nebenwirkungen. Auch als Prophylaktikum bei Erkältungen empfehlenswert; kupiert z. B. Schnupfen. (Ther. d. Gegenw., August 1914.)

Kochsalz bei länger dauernden Fieberzuständen. Von Dr. Julius Schütz, Chefarzt der internen Abteilung des k. k. Landwehrspitals in Klagenfurt. Die Bedeutung der Mineralstoffkomponente verschiedener Diätformen ist erst in den letzten Jahren auch in weiteren ärztlichen Kreisen erkannt worden. Verf. möchte hier mit wenigen Worten die Aufmerksamkeit auf einen speziellen Fall lenken, wo die Bedeutung dieser Komponente noch nicht genügend gewürdigt zu werden scheint — die Diät bei länger dauernden Fieberzuständen verschiedener Art. Hier ist die Milchdiät meistens die vorherrschende. Nun ist bekanntlich die Milch kochsalzarm, und dieser Umstand ist ja z. B. bei ihrer Anwendung zu Entfettungskuren der maßgebende. Es ist von vornherein plausibel, daß bei länger dauernder ausschließlicher oder fast ausschließlicher Milchdiät eine Kochsalzverarmung des Organismus eintreten muß. Von dieser Erwägung ausgehend, hat Verf. bei einer Reihe von Kranken mit länger dauerndem Fieber — verschiedensten Ursprungs — erst im Laufe der Behandlung, jetzt aber prinzipiell und womöglich von Anfang an, zur Milch Kochsalz zugesetzt.¹⁾ Speziell in denjenigen Fällen, wo der Kochsalzzusatz erst nach längerem Bestehen des Fieberzustandes in Anwendung kam, erschien der Erfolg — durch die Möglichkeit eines gewissen Vergleichs — ganz eklatant. Besonders gilt dies im Hinblick auf das subjektive Allgemeinbefinden und den Appetit (HCl-Produktion!). (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 15.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Zur Behandlung der „Kriegsdermatosen“. Von Prof. Dr. C. Bruck, Als wahre Kriegsdermatosen sind die Staphyloдерmien zu bezeichnen, die neben Skabies und Pedikulosi fast ausschließlich das dermatologische Material darstellten. Furunkulosis, Follikulitis, Impetigo Bockhert, impetiginöses Ekzem (besonders des

¹⁾ Als Tagesdosis dürften 4—5 g genügen. Bei gleichzeitigen Katarrhen der Atmungswege ist die Mitverwendung eines der bewährten Kochsalzwässer (mit mindestens 4 g NaCl im Liter) zweckmäßig. Bei gleichzeitiger Nierenaffektion ist natürlich die Ueberwachung des Harnbildes geboten.

Kopfes), Ekthyma waren fast täglich zu beobachtende Erkrankungen. Besonders die durch Staphylokokken erzeugten Impetigoformen mit ihren meist an unbedeckten Stellen, aber auch am übrigen Körper lokalisierten, scharf umschriebenen, dicke, graugelbliche Krusten tragenden Herden wurden sehr häufig beobachtet, während die typische Streptokokkenimpetigo (*Impetigo contagiosa*) mit ihren zu zarten, hellgelben Krusten eintrocknenden Blasen seltener in Erscheinung trat. Die Prognose dieser Staphylodermien ist natürlich eine günstige, immerhin ist die Therapie durchaus keine sehr leichte, und unsere gewohnten Hilfsmittel führten besonders unter den veränderten Verhältnissen des Krieges nur recht langsam zum Ziel. Es wird auf diese Weise der einzelne Mann wegen einer an sich harmlosen und doch die Dienstfähigkeit in hohem Maße beeinträchtigenden Erkrankung der fechtenden Truppe auf längere Zeit, sicher auf mehrere Wochen entzogen. Eine Aenderung erfolgte erst, als durch das Etappensanitätsdepot ein Präparat angefordert werden konnte, dessen Vorzüge Verf. bereits seit 1½ Jahren schätzen gelernt hat, das Histopin. Das Histopin ist ein von A. v. Wassermann angegebenes Präparat, das in indifferenter Salbengrundlage einen sterilen Extrakt pathogener Staphylokokken enthält und das den Zweck hat, durch eine lokale Immunisierung der erkrankten Haut und ihrer Umgebung nicht nur eine schon bestehende Staphylokokkeninfektion zur Heilung zu bringen, sondern auch eine Neuentstehung zu verhüten. Es ist demnach die Histopinsalbe das einzige uns zur Verfügung stehende spezifische Mittel gegen Staphylokokkenerkrankungen der Haut. Ferner: es verhütet die lästigen Neuinfektionen, kürzt somit die Behandlung erheblich ab und verdient daher in Anbetracht der Häufigkeit dieser Erkrankungen bei Soldaten einen Platz in der militärärztlichen Therapie. — Die Technik der Anwendung ist eine äußerst einfache. Die Salbe wird täglich 1 bis 2 mal unter sanftem Druck auf die erkrankte Stelle und ihre Umgebung aufgetragen und mittels Mastisol oder dergleichen ein Stück Körperstoff darauf fixiert. Schließlich möchte Verf. erwähnen, daß sich ihm bei ausgedehnten Staphylodermien des Stammes, bei denen die Anwendung des Histopins auf Schwierigkeiten stößt, Abwaschungen mit dem von F. v. Heuß angegebenen Pelliform bewährt haben. Das Pelliform ist eine Tetrachlorkohlenstoff-Seifenlösung, leistet nach den bisherigen Erfahrungen auch bei der Behandlung gegen tierische Parasiten Günstiges.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 19.)

Ekthyma, eine Kriegsdermatose. Von Prof. Kromayer (Berlin). Unter den vom Verf. behandelten hautkranken Soldaten.

die aus Rußland zurückkehrten, kam dies Krankheitsbild in fast einem Drittel der Fälle vor. Das Ekthyma oder „Schmutzgeschwür“ entsteht aus einem Eiterbläschen durch Zerreißen der Blasendecke und Eintrocknen des Inhalts. Unter der so gebildeten Kruste kommt aber keine Heilung zustande, sondern der Eiterprozeß besteht fort und frißt sich peripherisch der Kruste oberflächlich und in die Tiefe weiter. Es bilden sich dadurch bis zu Geldstückgröße und darüber wachsende, mit mißfarbigen Granulationen bestandene Geschwüre, die meist mit einer aus getrocknetem Eiter, Blut und Schmutz zusammengesetzten Kruste bedeckt sind, unter denen sich eine mißfarbene Flüssigkeit befindet. Die Heilung der Geschwüre erfolgt mit Narbe, ein sicheres Zeichen dafür, daß Gewebsteile der Cutis propria durch den Prozeß zerstört wurden, während die Impetigokruste ohne Narbenbildung heilt. Das Ekthyma tritt selten allein auf. Meist sind ihm gesellschafter: Impetigines, Furunkel und Abszesse. Es bevorzugt Füße, Unterschenkel und Vorderarme, aber verschmäht keine Körperstelle und liebt es, sich über den ganzen Körper zu zerstreuen, so daß viele Dutzende, um nicht zu sagen Hunderte Geschwüre an einem Manne gezählt werden können. Bei einem aus Rußland zurückkommenden Kriegsfreiwilligen waren 172 große Geschwüre vorhanden. Die Massenhaftigkeit erklärt sich aus der mangelnden Reinlichkeit, indem von einem Ekthymageschwüre Sekret und Staphylokokken durch Scheuern, Reiben, Kratzen (Kleiderläuse!) auf andere Hautstellen verschleppt werden und neue Infektionsherde erzeugen. Das Ekthyma — sich selbst überlassen — hat geringe Heilungstendenz. Es bedarf, um rasch zur Heilung gezwungen zu werden, energischer Therapie:

1. Die Krusten müssen erweicht und entfernt werden. Das geschieht am besten durch ein prolongiertes Bad mit Zusatz von Kali permang. (1 : 4000). Die durch das Kali gebeizten Geschwüre heben sich nach dem Bade auf der braungefärbten gesunden Haut als schwarze Inseln ab. Wo ein Bad nicht möglich ist, ist ein Priessnitzscher Umschlag, und wo auch dieses nicht angängig ist, ein Salbenverband (2 % iges Salizylvaselin) anzuwenden.

2. Die von den Krusten befreiten Geschwüre sind zu beizen (durch das Kali permang.-Bad schon geschehen!) mit 5 % iger Arg. nitr.-Lösung oder mit Jodtinktur (manchmal etwas schmerzhaft, aber sehr wirksam) oder ähnlichem.

3. Salbenverband mit Borvaselin, Schwarzsalbe (1 % Arg. nitr., 2 % Bals. Peruv.), 10 % ige Schwefelsalbe oder ähnlichem. Täglich zweimal Verbandwechsel. Größte Sauberkeit!

4. Wenn sich unter dem Verband neue Eiterpickel und Bläschen gebildet haben, ist zu deren sofortiger gründlicher Zerstörung

der Spitzbrenner anzuwenden. Diese zwar häufig schon empfohlene, aber lange noch nicht genug angewandte Methode zur Vernichtung entstehender Staphylokokkeninfektionsherde kann fast schmerzlos ausgeführt werden, wenn der Spitzbrenner blitzschnell, aber zunächst nur ganz oberflächlich in das Gewebe gestoßen und dieser Stich, allmählich bis zur gewünschten Tiefe dringend, mehrmals wiederholt wird. An Stelle des Spitzbrenners: Eröffnung des Bläschens und Jodtinkturpinselung.

5. Haben sich unter dieser Behandlung die Geschwüre gereinigt und zeigen Heilungstendenz, so kann man den Versuch machen, sie unter der Kruste heilen zu lassen (Einpudern mit Dermatol oder ähnlichem), wobei aber sorgfältigst darauf zu achten ist, ob sich nicht unter der Kruste wieder Eiter bildet, der natürlich diese Heilungsart unmöglich macht.

6. Wo angängig, sollten alle Ekthymageschwüre sofort im ersten Beginn der Behandlung unter Röntgenstrahlen gesetzt werden. Ebenso wie bei der Sycosis ist dieses Mittel von unschätzbbarer Wirkung, um die Heilung sicher und vor allem rasch zu erzwingen. Dreiviertel Röntgenvolldose, in einer Sitzung gegeben, genügt.

(D. m. W. 1915 Nr. 20.)

Neue Erfahrungen über Pockennarbenbehandlung. Von Dr. P. U n n a j u n. (Hamburg). „Die Standardbehandlung jeder Variolanarbentherapie bildet aber nach meiner Meinung die Kohlensäureschneebehandlung. Der Kohlensäureschnee entspricht zwei Forderungen. In geringer Dosierung angewandt, bringt er das behandelte Gewebe zur Anschwellung, die geeignet ist, 1. atrophische und vertiefte Stellen zu heben und Niveaudifferenzen auszugleichen, 2. das Gewebe für seine Resorption geeigneter zu machen. In starker Dosis dagegen führt er selbst zur Verschorfung und Vernarbung. Die letztere Eigenschaft ist natürlich weniger erwünscht und außerdem nur für vorspringende Narben verwendbar. Daher kam ich bald darauf, immer geringere CO_2 -Schneedosens zu geben. Es kommt hinzu, daß die einzelnen Häute in recht weiten Grenzen verschieden reagieren. Daher muß man jede Haut erst prüfen, wieviel Sekunden Kohlensäureschneeapplikation sie verträgt, ohne daß es zur Bildung größerer Blasen kommt. Für die meisten Variolanarbenpatienten lag das Optimum zwischen 5 und 10 Sekunden, bei einzelnen genügte jedoch schon 3 Sekunden. Diese Daten beziehen sich auf feine Narben der Mundfalten. An anderen Stellen und bei dicken Narben kann man meist höher, selbst bis etwa 20 Sekunden gehen. Auch werden die Zeiten im Verlauf der Behandlung allmählich größer, da sich die Haut an den Kältereiz offenbar gewöhnt. Die Gewinnung des CO_2 -Schnees setze ich als

bekannt voraus. Das Instrumentarium ist außerordentlich einfach, und die Operation kann von jedem praktischen Arzte mit Leichtigkeit ausgeübt werden. Die Schneestückchen müssen allerdings genau den Vertiefungen oder Vorsprüngen entsprechend gestaltet werden, was durch Zuspitzen mit dem Taschenmesser bei einiger Uebung ohne Schwierigkeit gelingt. Zur Behandlung von stecknadelkopfgroßen vertieften grubigen Narben gehören stecknadelkopfdicke Enden von Kohlensäureschneestückchen. In vielen Fällen wird man zuerst größere Flächen mit breiten Schneestücken en bloc behandeln, ohne auf Details Rücksicht zu nehmen, und erst später die vertieften Narben im einzelnen vornehmen. Die guten Resultate bei vertieften Narben werden von keiner anderen Methode erreicht. Sie ist relativ schmerzlos, und der Patient wird sich ihr gern zu wiederholten Malen unterziehen, da er nach jeder Anwendung eine sofortige Verringerung der Vertiefungen bemerkt. Eine stärkere Dosierung paßt für die Vertiefungen nicht, da man damit höchstens eine Nekrose der Cutis erzielt, während es sich nur darum handelt, an der Stelle der Vertiefung die Zirkulation zu verbessern und das Hautniveau zu erhöhen. Dieses Ziel erreicht man am besten durch recht häufige, kurze Applikationen von Kohlensäureschnee. Man wird jedoch bei der Ausdehnung der Pockennarben zunächst davon absehen, alles auf einmal mit Kohlensäureschnee zu behandeln, da tägliche Operationen die Nerven der Patienten, wenn auch die Schmerzen relativ gering sind, doch angreifen. Hier treten die chemischen Methoden ergänzend ein, die etwas langsamer, aber auch sicher und vor allem schmerzloser arbeiten und sowohl tags als nachts angewandt werden können. Zunächst die sogen. Specifica. Als solches präsentiert sich uns das Thiosinamin und seine lösliche Doppelverbindung mit Natrium salicylicum, das Fibrolysin. Das Thiosinamin wird als Pflaster, als Salbe, perkutan als Thiosinamin-Kataphorese und subkutan als Fibrolysininjektion angewandt. Wir geben die letzteren subkutan in die Glutäen und erwarten vor der 20. Spritze keine genügende Wirkung. Jedoch tritt dieselbe ziemlich regelmäßig und deutlich erkennbar gegen Ende dieser Zeit auf. Rascher sichtbar sind die Erfolge mit dem Pflaster, das wir bei Variolanarben nur als Guttaplast von Beiersdorf anwenden, und zwar in stärkster Dosierung (50 g). Die behandelte Haut wird auffällig mattweiß, sehr weich und abgeflacht. Derselbe Effekt ist noch rascher mit der Kataphorese zu erreichen. Man stellt sich mit Thiosinamin (10 %) und Natrium salicylicum (75 %) eine Lösung her und setzt einen mit der Lösung angefeuchteten Wattebausch als positiven Pol auf die erkrankte Stelle. Die indifferente Elektrode, die man groß wählt, halte man möglichst nahe an die Behandlungsstelle. Thiosinamin in Salbenform eignet sich mehr

für die ambulante Behandlung. Die Thiosinaminbehandlungen erweichen das hypertrophische Bindegewebe und bringen es zur Resorption. Diese Forderungen werden aber nicht nur von Thiosinamin, sondern auch von der Salizylsäure und dem Quecksilber erfüllt, die man am besten in Form von Salizyl-Kreosot- oder Quecksilber-Kreosot-Guttaplast anwendet. Schälkuren mit Resorcin, Salizylsäure und Seifen scheinen auf den ersten Blick bei Pockenarben ja recht indiziert zu sein, haben aber doch nicht den erhofften Erfolg. Im Anfange allerdings sind sie häufig nicht zu umgehen, um die ganze Oberhaut zu verdünnen, und auch als Nachbehandlung spielen sie eine nicht unbedeutende Rolle. Aber im Verlauf der Behandlung sind sie eher schädlich als nützlich, da die Narben nur deutlicher sichtbar und die Nerven des Patienten allzustark gereizt werden. Dagegen kann die Salizylsäure, zirkumskript angewandt, jederzeit günstig wirken, da auch sie die Depressionen, wenn auch nicht so kräftig wie der Kohlensäureschnee, hebt und unter Salizylschale die Epidermis zur Wucherung angeregt wird. Hierfür eignet sich indessen allein die Form des Schälkollodiums.¹⁾ Mit diesen chemischen Mitteln hat man immer sofort da einzugreifen, wo die physikalischen Mittel zu wirken nachlassen.
(B. kl. W. 1914 Nr. 40.)

Kollargol Credé bei Gonorrhoe empfiehlt Dr. V. L. Neumayer als sehr reizloses Präparat. Er wandte 2—3 % ige Lösungen an.
(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 12.)

Behandlung der Syphilis mit Embarin. Von Stabsarzt Dr. Eugen Brodfeld in Krakau. Embarin wird im allgemeinen gut vertragen, es treten bei demselben nicht mehr Nebenerscheinungen auf als bei den andern löslichen Quecksilberinjektionsmitteln. Es kann als gutes Antisyphiliticum bezeichnet werden, ist besonders in der ambulanten Praxis empfehlenswert. Es hat vor den andern löslichen Injektionsmitteln den großen Vorteil der Schmerzlosigkeit. Infolge der raschen Resorption schwinden die manifestenluetischen Erscheinungen schnell, und der Effekt ist ein für den Patienten handgreiflicher. Auch die Infektionsmöglichkeit wird schneller beseitigt. Berücksichtigt man jedoch, daß zur Vollendung einer Kur mindestens 15 Injektionen, und zwar jeden zweiten Tag eine, erforderlich sind, während man mit den unlöslichen Injektionsmitteln, besonders mit den Quecksilber-Salizylinjektionen, denselben Effekt nach sechs Injektionen à 1 ccm (jeden fünften Tag eine) erzielt, so ist letztere für den Patienten angenehmer und mit weniger Zeit-

¹⁾ Kollodium mit je 10 % Salizylsäure und Anaesthesin.

verlust für die Ambulanten verbunden, wobei infolge Depoterzeugung die nachhaltige, längerdauernde Wirkung mit in Rechnung zu ziehen ist.
(M. Kl. 1915 Nr. 16.)

Apparate und Instrumente.

Ein improvisierter Desinfektionsapparat für den Feldlazarettbetrieb. Von Stabsarzt Dr. Fürst. In dem Bestreben, den Lazarettbetrieb eines Feldlazaretts möglichst Friedensidealen zu nähern, wird sich im Feldlazarett häufig das Bedürfnis nach einem Desinfektionsapparat geltend machen. Unter Benützung der Feldküche als Dampfquelle läßt sich für die Bedürfnisse im Feld ein völlig genügender Desinfektionsapparat leicht improvisieren. Im Notfall kann ein gut gereinigtes Faß, in welches in der Nähe des Bodens ein spiralig gewundenes Rohr für die Dampfzuleitung geführt wird, benützt werden. Der Innenraum läßt sich durch eine Zeltplane abdichten, der Deckel durch Steine beschweren. Noch besser ist natürlich ein Faß aus Eisenblech mit gut abzudichtendem Deckel. Zweckmäßig ist die Isolierung eines derartigen Kessels mit Strohmattegeflecht, wodurch sich erreichen läßt, daß der Dampf noch mit 100° Temperatur den Kessel verläßt. In dem Kesselinnern sind Haken zum Aufhängen der zu desinfizierenden Gegenstände, ferner am Deckel eine Oeffnung zur Aufnahme eines Thermometers anzubringen. Das leicht auf dem Dach eines Gerätewagens transportable Faß läßt sich auch zweckmäßig zur Mitführung größerer Mengen von Verbandmaterial, eventuell der notwendigsten Instrumente verwenden, wodurch die Eröffnung des Lazarettbetriebs sofort nach dem Befehl zum Einrichten beschleunigt werden kann.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 13.)

Zur mediko-mechanischen Nachbehandlung mit primitiven Mitteln. Von Sanitätsrat Dr. Rosenberg in Bielefeld, Stabsarzt Ersatzdepot Inf.-Reg. 131. „Unser mediko-mechanisches Instrumentarium, welches wir selbst anfertigten (die Materialien beschafften wir uns für wenig Geld beim Schreiner), besteht aus folgenden Apparaten:

A. Für Verwundungen an den oberen Gliedmaßen.

I. Der Handüber.

Er besteht aus einem Brett mit einer Armunterlage, auf der der Arm durch einen Riemen befestigt ist. Am vorderen Ende läßt sich ein Brettchen — mit Einschnitt zur Aufnahme der gekrümmten Finger — bis zu einem Winkel von 90° durch Scharniere

abwärts bewegen. Zur Festlegung der Finger dient ein zweiter Riemen, der sich vor dem Einschnitt befindet. Durch ein verstellbares Pendel läßt sich die Hand mehr oder weniger stark beugen und strecken.

II. Der Fingerüber.

Derselbe ist ähnlich einer Klaviatur gebaut. Er besteht aus einem Brett, welches als Unterlage vorn gabelförmig ausgeschnitten ist. Am vorderen Ende der Gabel befinden sich fingerbreite, kräftige Hebel, um eine Achse drehbar befestigt. Durch die im vorderen Ende der Hebel in einem Einschnitt eingefügten drehbaren Pendel mit Laufgewichten lassen sie sich für verschiedenen Druck der zu übenden Finger einstellen.

III. Die Handschere.

Sie hat Aehnlichkeit mit einem Handschuhweiter. Eine nähere Beschreibung dürfte sich erübrigen. Sie dient zum Strecken der in Beugestellung fixierten Finger.

IV. Der Armbeuger und -strecker.

Der Apparat wird von 2 Leuten gleichzeitig betätigt. Derselbe besteht aus einer festen Rolle. An den Enden des darübergleitenden Seiles befindet sich je ein Handgriff. Durch wechselseitiges Ziehen werden die Arme gebeugt und gestreckt.

B. Für die unteren Gliedmaßen.

V. Die Beinschaukel.

Sie besteht aus Brettern von 1,50 m Länge und 15 cm Breite. Durch Leisten von 4—8 cm Höhe, in der Mitte der Unterseite, wird das Brett zu einem gleicharmigen Hebel, durch dessen Bewegung alle Gelenke des Beines, je nach der Höhe der Unterstützungsleisten, verschieden stark beansprucht werden. Ist eine größere Bewegungsfähigkeit erzielt, so dient ein Schwebebaum von 20 cm Höhe, der mit Längsnuten zur Führung der Unterstützungsleisten versehen ist, als Unterlage der Bretter.

VI. Der Fußbeuger.

Dieser besteht aus einem Brett von 35 cm Länge und 15 cm Breite als Unterlage. Am hinteren Ende ist ein etwas längeres Brett von gleicher Breite durch ein kräftiges Scharnier so befestigt, daß der kurze überstehende Teil sich nach unten bewegen läßt. Während durch eine kleine Leiste an der Hinterkante ein Abgleiten des Fußes vermieden wird, sichert ein Riemen die feste Auflage desselben.

VII. Die schiefe Ebene.

Sie bewirkt eine beliebige Beanspruchung der Außen- oder Innenkante des Fußes. Sie besteht aus 3 nebeneinanderliegenden Brettern, von denen das mittlere wagerecht liegt, während die beiden seitlichen schräg nach außen abfallen. Beim Gehen über die Lauffläche befindet sich der kranke Fuß auf der schiefen Ebene, der andere auf dem wagerechten Brett oder auf der Erde. Hierdurch wird die Last des Körpers auf die bisher geschonte Seite des Fußes verlegt.“ (Zschr. f. ärztl. Fortbild. 1915 Nr. 7.)

Verschiedenes.

Zur Bekämpfung der Läuseplage. Von Dr. F. Rabe (Sonderburg). Verf. möchte darauf hinweisen, daß es für unsere Krieger ein einfaches, ideales Mittel zur Vertreibung von Ungeziefer fast jeder Art, nicht bloß Läusen, gibt, nämlich gemahlenen schwarzen Pfeffer. In Wäsche und Kleidung gestreut (nicht auf den nackten Körper), vertreibt Pfefferpulver (unverfälschtes) bald alles Ungeziefer. Zur Unterstützung der Wirkung kann man eine Mischung von Fenchel- oder Nelkenöl mit 2—5 Teilen Spiritus in kleinen Portionen direkt auf verschiedene Körperstellen gießen. Meist wird sich letztere Maßnahme aber erübrigen. Pfefferpulver hat gegenüber anderen Ungeziefermitteln, wie Kampfer, Naphthalin usw., besonders den Vorzug, keinen unangenehm penetranten Geruch zu besitzen, und ist daher — nebenbei gesagt — auch das idealste Mottenpulver in Kleiderschränken, Stoffmöbeln, Pelzwaren usw. Erst kürzlich erhielt Verf. von einem befreundeten Krieger im Osten die Nachricht, daß er und seine Kameraden seit Anwendung des schwarzen Pfefferpulvers vollkommen frei von jeglichem Ungeziefer sei. Verf. empfiehlt jedem Feldpostpaket eine Zehnpfennig-Blechsachtel voll Pfefferpulver mit kurzer Gebrauchsanweisung beizufügen. Gegen Filzläuse bleibt für Soldaten — in Ermangelung von Badegelegenheit und wirksamen Desinfektionsflüssigkeiten, z. B. Sublimat in Glyzerinwasser 0,2 : 100 — 39%iges Ung. cinereum (in Blechsachteln versandt) das einfachste und bequemste wirksame Mittel.

(D. m. W. 1915 Nr. 12.)

Ein einfaches Vorbeugungsmittel gegen Verlausung und ihre Folgen. Von Geh. Sanitätsrat Dr. Eysell, zurzeit leitendem Arzt des Reservelazarets Kriegsschule zu Kassel. Der Schwefel

an sich ist geruchlos und vollkommen indifferent, entwickelt aber in Berührung mit menschlichen und tierischen Hautsekreten langsam Schwefelwasserstoff, der als dünne, für unsere Nasen unmerkliche Atmosphäre den Leib des Trägers umgibt. Auf die viel feineren Geruchsorgane der Insekten dagegen übt die äußerst geringe jeweilige Gasmenge einen genügend abstoßenden Einfluß aus und hält sie so vom Körper des Geschützten fern. Von diesen Erwägungen ausgehend, behandelte Verf. verlauste Ankömmlinge aus dem Osten mit Sulfur praecipitatum und suchte auch das Lazarettpersonal in gleicher Weise gegen Verlausung zu schützen. Die Ergebnisse scheinen Verf. recht ermutigende zu sein. In die umgewendete („links gemachte“) Unterkleidung wird der gefällte Schwefel eingebürstet. Man braucht für ein Wollhemd etwa 2 gehäufte Eßlöffel des Pulvers, je einen für die Vorder- und einen für die Rückenfläche, kleinere Mengen sind in die Ärmel des Hemdes und in die Innenfläche der Unterhosen einzubürsten. Die nun wieder in die richtige Lage gebrachten Kleidungsstücke sind mindestens 24 Stunden früher anzuziehen, als man mit verlausten Personen oder Gegenständen in Berührung kommt, da der Schwefel natürlich erst dann seine Wirkung entfalten kann, wenn Schweiß usw. genügend lange auf ihn eingewirkt haben. Man wird deshalb auch nicht erwarten dürfen, daß auf verlauste Kleider gestreutes Sulfur praecipitatum die Schmarotzer sofort abtötet. Sie werden erst dann vom Träger abfallen, wenn er das geschwefelte Wollhemd usw. eine Zeitlang getragen hat. Auch Wanzen, Flöhe, stechende Zweiflügler und anderes Ungeziefer dürften durch diese einfache Maßnahme abzuschrecken sein. Die abtötende Wirkung des Schwefels auf pflanzliche Parasiten ist ja allgemein bekannt, es dürften somit zugleich eine große Zahl von Bakterien der Hautoberfläche unschädlich gemacht werden, was bei etwaigen späteren Verwundungen von nicht zu unterschätzender Bedeutung werden könnte. Die so höchst unbequemen Furunkel würden aus dem gleichen Grunde ebenfalls in den meisten Fällen zu verhüten sein. Besondere Vorzüge des Mittels sind seine Billigkeit, seine Unschädlichkeit und seine Dauerwirkung. Die bisher neben Insektenspulver allein angewandten ätherischen Öle haben sich nach einigen Stunden verflüchtigt und damit ihre Wirkung verloren; sie müssen dann sofort (also mindestens 6 mal täglich) wieder aufgebracht werden, was natürlich, abgesehen von dem für viele Menschen widerlichen Geruch (man stelle sich einmal einen nach Anis- oder Nelkenöl duftenden Schützengraben vor), sehr bald den Ausbruch von Ekzemen zur Folge hat und die Behandlung zu einer recht kostspieligen werden läßt. Das gleiche gilt von dem ebenfalls emp-

fohlenen Naphthalin, während der Schwefel wochenlang seine Wirkung entfaltet, ohne den geringsten Reiz auf die Haut auszuüben. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 10.)

Chlortorf als Desinfektionsmittel. Von Dr. C. S. Engel (Berlin). Die Anwesenheit von — wenn auch schwach — bakteriziden Humussäuren in den Torffasern sowie die Porosität des Torfes, welche es diesem ermöglicht, bis zum Zehnfachen seines eigenen Gewichts Flüssigkeiten aufzusaugen und reichliche Mengen übelriechender Gase in sich aufzunehmen, haben dem Torfmull eine nicht unbedeutende Rolle für die Desinfektion von Fäkalien verschafft. Auch als Verbandmittel wurde er von den Japanern mit gutem Erfolge verwendet. Um die relativ geringe bakterientötende Kraft des Torfmulls zu erhöhen, wurde demselben verdünnte Schwefelsäure zugesetzt. Wenn es auf diese Weise auch gelang, die leicht abtötbaren Choleravibrionen innerhalb weniger Stunden in 2%igem Schwefelsäuretorfmull abzutöten, so hielten sich doch die gegen Säure weniger empfindlichen Typhusbazillen in diesem sauren Torfmulle nach den Untersuchungen von Löffler und Abel bis zu 12 Tagen lebensfähig, und selbst in 10%igem Schwefelsäuretorfmulle lebten sie nach Klipstein noch bis zu 10 Stunden. Es kann kaum einem Zweifel unterliegen, daß diese mangelhafte Desinfektionskraft des schwefelsauren Torfmulls auf den Luftgehalt der porösen Räume zurückzuführen ist, da offenbar diejenigen Bakterien von der Schwefelsäure am wenigsten belästigt werden, welche sich in den mit atmosphärischer Luft ausgefüllten Poren befinden. Eine Erhöhung der desinfizierenden Kraft des Torfmulls ist nur durch die Verdrängung dieser Luft und durch den Ersatz derselben durch ein stark bakterizides Gas zu erreichen. Hierzu eignet sich am besten das Chlorgas. Dieses läßt sich chemisch an die Torffaser binden und physikalisch in den kapillaren Hohlräumen derselben festhalten. Das Chlortorfpulver hat etwa die Konsistenz und das Aussehen eines groben Schnupftabaks und besitzt einen säuerlichen Geruch, in dem das Chlor nur mäßig zur Geltung kommt. Es kann ohne Schaden in die Hand genommen werden. Da das Chlorgas etwas schwerer als Luft ist, verdunstet es nicht beim Öffnen des Behälters. Lackmuspapier, in Berührung mit dem Pulver gebracht, wird stark rot, Kongopapier stark blau. Legt man auf ein Blatt Kongopapier einen Objektträger, auf den man etwas Chlortorf gebracht hat, dann färbt sich die Umgebung des Objektträgers blau von sich bildender Salzsäure. Daß die bakterizide Kraft des Chlors eine besonders starke ist, ist längst bekannt, vernichtet doch nach Geppert eine 0,2%ige Lösung resistente Milzbrand-

sporen binnen weniger Sekunden, während sogar eine 1,69 %ige Sublimatlösung nach Kroenig und Paul 12—14 Minuten dazu nötig hat. Mischt man steigende Mengen des Pulvers — 0,01, 0,05, 0,1, 0,2 g — mit je 5 ccm Nähragar, dann findet von 0,05 g ab kein Wachstum von Typhusbazillen, Choleravibrionen, Eiterkokken und anderen Bakterien mehr statt. Nähragar von normaler Alkalität, mit dem 100. Teil seines Gewichts Chlortorf vermischt, hört also auf, ein Nährboden für Bakterien zu sein. Bringt man in eine Petrischale, in der sich etwas Chlortorf befindet, auf einem Deckglas einen Tropfen Bouillon mit lebhaft beweglichen Typhusbazillen, dann hört die Bewegung nach wenigen Minuten auf; bringt man die Bazillen $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde später auf Schrägagar, dann wachsen sie nicht mehr. Etwa in derselben Zeit sterben die Typhusbazillen ab, wenn man in eine Bouillonkultur ungefähr den 4. Teil derselben Chlortorf hineinwirft. Schüttet man in ein Speiglas mit tuberkulösem Sputum — ohne Wasser — eine Handvoll Chlortorf, dann hat das Sputum nach $\frac{1}{2}$ Stunde durch und durch eine stark saure Reaktion angenommen; die Zahl der nach Ziehl färbbaren Bazillen hat nach etwa 2 Stunden augenscheinlich abgenommen. Versuche, die feststellen sollen, ob mit Chlortorf behandeltes tuberkulöses Sputum Meerschweinchen noch tötet, sind noch nicht abgeschlossen. Faules Blut verliert durch Chlortorf schnell den üblen Geruch. Der Chlortorf ist ein starkes Desinfektions- und Desodorationsmittel. Er eignet sich zur Desinfektion im Freien und im Krankenzimmer, er kann, da der Chlorgehalt beliebig verstärkt und abgeschwächt werden kann, in Leinwandsäckchen eingefüllt, auch zu Verbänden verwendet werden. Infolge seines geringen Chlorgeruchs eignet er sich ferner als Streu in Seuchenställen, um so mehr, als der Chlortorfmüll im Preise billiger als Chlorkalk und andere Desinfektionsmittel ist. Außer der Desinfektion von Erbrochenem, von Fäkalien und Dunggruben, sowie der Desodorierung von Kadavern dürfte es besonders zur Unschädlichmachung von Pferdetransportwagen dienen, da die hier zu fürchtenden streng anaerob wachsenden Tetanusbazillen durch die bei Anwesenheit von Wasser stark oxydierende Kraft des Chlors in erster Linie geschädigt werden.¹⁾

(M. Kl. 1914 Nr. 43.)

¹⁾ Der Chlortorf wird in der Deutschen Desinfektionsmittelfabrik, Berlin-Wilmersdorf, Hildegardstr. 13 (Raoul Pictet-Haus) hergestellt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 5.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voß in Leipzig und Hamburg.

XXIV. Jahrgang

Nr. 11.

August 1915

Auszüge.

Aetiologisches.

Enuresis und ähnliche Blasenstörungen im Felde. Von Dr. Fritz Böhme (Aus dem Vereinslazarett Urologische Klinik von Prof. Oberlaender und Dr. Fritz Böhme in Dresden). Die hier veröffentlichten Fälle von plötzlich aufgetretener echter Enuresis bei Soldaten im Felde betreffen meist Individuen, die in der Kindheit an Enuresis nocturna gelitten haben; analog den gelegentlichen Befunden bei jungen Arbeitern und Lehrlingen. Sie haben ferner das Gemeinsame, daß ein unmittelbarer Zusammenhang mit intensiver Kälteeinwirkung festgestellt werden kann, so daß man annehmen muß, daß intensive äußere Reize, insbesondere Kältereize, unter bestimmten Verhältnissen eine im Kindesalter vorhanden gewesene Enuresis wieder auszulösen vermögen. Diese Fälle sind so geeignet, auf manche Fragen nach der Aetiologie der Enuresis eine Antwort zu geben.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 21.)

Ergotismus und Tetanie. Von Prof. Dr. Alfred Fuchs (Aus der Verwundetenstation der Nervenlinik in Wien). Ein Soldat bot das Bild einer schweren Tetanie. Verf. hat schon 1911 die Ansicht ausgesprochen, daß die in Wien endemische, in den Frühjahrsmonaten exazerbierende Tetanie nichts anderes ist als eine mitigierte Form des Ergotismus. In den Entleerungen obigen Patienten fand sich nun *Secale cornut.* in großen Mengen. Allmählich nahm diese Menge ab und damit auch die Krankheitserscheinungen. Patient hat sich zweifellos das Leiden im Felde zugezogen; er hatte, versprengt und nicht vom Militärtrain versorgt, vor seiner Erkrankung sich eine Zeitlang von dem ernährt, was

er sich beschaffen konnte, offenbar von grob verunreinigtem Mehl, das zu „Hungerbrot“ verbacken war. Der Fall zeigt wieder, daß beide Affektionen wesensgleich sind; offenbar gibt für die endemische Tetanie die Parathyreoidea die pathogenetische Grundlage ab, das Secale aber die Aetiologie.

(W. kl. Wschr. 1915 Nr. 19.)

Ueber die hereditären Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. Von J. Stuchlik (Aus der Psychiatr. Klinik in Zürich). Resumiert man die aus den Auseinandersetzungen hervorgehenden Resultate, so ergibt sich:

1. Unter den hereditär belastenden Krankheiten spielt die Epilepsie selbst keine große Rolle, denn nur 15,3% sämtlich belasteter Patienten waren gleichartig belastet, direkt gleichartig nur 6,4%, und von den sämtlichen untersuchten Patienten wiesen nur 9,5% unter den Verwandten Epileptiker überhaupt auf, unter direkten Vorfahren nur 4,1%.

2. Die anderen belastenden Krankheiten — Hysterie, Dementia praecox, periodische Erkrankungen, Imbezillität, Idiotie, organische Geisteskrankheiten, allgemeine körperliche Leiden — stehen in ihrer Bedeutung der Epilepsie weit nach.

3. Bei starker Heredität scheinen die ersten Anfälle etwas früher aufzutreten.

4. Unter den hereditär belastenden Krankheiten bei Epilepsie ist quantitativ der Alkoholismus in erster Reihe zu nennen, denn ca. 40% aller belasteten Patienten hatten alkoholische Eltern, und ca. 43% hatten unter ihren direkten Vorfahren mindestens einen Alkoholiker. Fast 30% sämtlicher hereditär belastenden Momente macht der Alkoholismus aus. In 30% der Epilepsien, bei welchen wir überhaupt etwas Belastendes finden, ist es allein der Alkoholismus, der hereditär in Betracht kommt.

5. 50% aller Fälle, bei welchen die Eltern der Patienten alkoholisch waren, hatten ganz gesunde Vorfahren und Seitenverwandte, und in 58% solcher Fälle finden wir in der Verwandtschaft keine andere Krankheit als den Alkoholismus.

6. In den Familien der Epileptiker ohne alkoholische Erzeuger spielt der Alkoholismus nur eine unbeträchtliche Rolle. Umgekehrt ist der Alkoholismus der Erzeuger relativ um ein Vielfaches häufiger als der der Seitenverwandten.

7. Die gefundenen Zahlen machen es trotz ihrer Kleinheit äußerst wahrscheinlich, daß der Alkoholismus der Eltern von Epileptikern nicht eine bloße Ausdrucksform einer Familiendisposition sei, die sowohl Alkoholismus und Epilepsie erzeugt, sondern daß er eine wichtige Ursache der Epilepsie bildet. (Schweiz. Korr.-Bl. 1915 Nr. 3.)

Nichtspezifische Harnröhrenentzündungen als Komplikationen akuter Tonsillitis. Von E. Nicholas Hagin (Shargon). An der Hand von drei einschlägigen Fällen macht Hagin darauf aufmerksam, daß ebenso wie für viele andere Organe auch für die Harnröhre die Mandeln die Eingangspforten für Infektionserreger sein können; diese erzeugen dann auf der Harnröhrenschleimhaut eitrige Prozesse, die nur durch das Mikroskop als nichtblennorrhöisch festgestellt werden können. Diese nichtspezifischen Urethritiden können zugleich oder im Anschluß mit der Tonsillitis auftreten, sind meist leicht heilbar, selten rebellisch. Sie bieten die Symptome einer Blennorrhoe, aber meist nicht sehr intensiv.

(The urologic and cutan. Review, Mai 1914. —

Derm. Wschr. 1915 Nr. 7.)

Diagnostisches.

Ueber den Wert der v. Dungernschen Syphilisreaktion. Von Dr. Hugo Grünbaum (Aus dem Prager Handelsspital). Die Methodik v. Dungerns ist die denkbar einfachste, da die Reagentien in gebrauchsfertigem Zustande nebst Gebrauchsanweisung an jedem Donnerstag von der Firma Merck in Darmstadt zur Versendung gelangen, weswegen bis zum Dienstag die Bestellung erfolgt sein muß. Eine Originalschachtel der Firma Merck reicht für 2 Reaktionen. Auf die Aufforderung:

„Sendet Dungern 1“ erhält man 1 Schachtel

„Sendet Dungern 3“ erhält man 2 Schachteln

„Sendet Dungern 5“ erhält man 3 Schachteln usw.

1 Schachtel kostet samt Porto ca. 2 K.

Die Schachtel enthält als Antigen einenluetischen Organextrakt, das Komplement, und zwar in bequemer Form auf Papier eingetrocknet, den Ambozeptor und außerdem eine gewogene Kochsalzmenge zur bequemen Herstellung der physiologischen Kochsalzlösung. Der Hauptunterschied zwischen der Wassermannschen und der v. Dungernschen Reaktion und die Vereinfachung der Wassermannschen Methode besteht darin, daß beim „Dungern“ die Blutkörperchen des Patienten selbst zur Hämolyse verwendet werden, daß ferner das Zentrifugieren des Blutes und Inaktivieren des Serums erspart bleibt, sowie der Umstand, daß die Reagentien gebrauchsfertig und geprüft sind. Man entnimmt dem Patienten ca. 3 ccm Blut aus der Fingerbeere oder Kubitalvene in ein Uhrsälchen und beginnt es sofort mit einem Hölzchen zu schlagen, bis das Fibrin vollkommen an dem Hölzchen haften geblieben ist und entfernt werden kann. Nun bleibt das Plasma übrig. In 2 Röhrchen von ca. 10 mm Lichtung und 1 dm Länge

— eines für die Reaktion, das andere für die Kontrolle — kommen je 2 ccm physiologischer Kochsalzlösung, dazu 2 Stück Komplementpapier und in das eine Röhrchen 0.1 ccm Organextrakt, während dieser letztere dem zweiten Röhrchen, der Kontrollprobe, nicht zugesetzt wird. Hierauf wird in beide Röhrchen je 0.1 ccm des Plasmas pipetiert, das Ganze mindestens 1 Stunde im Zimmer stehen gelassen und während dieser Zeit bisweilen geschüttelt. Nun kommen je 0.3 ccm des Ambozeptors in beide Röhrchen, und die Reaktion ist angestellt. Jetzt braucht man nur durch $\frac{1}{2}$ Stunde alle 10 Minuten die Röhrchen kräftig zu schütteln, dann läßt man sie stehen und liest nach ca. 1 Stunde (eventuell mehreren Stunden) den Ausfall ab. Bei positivem Ausfall ist das Serum farblos, und die Blutkörperchen haben sich zu Boden gesenkt, bei negativem ist das Serum lackfarben (rot), und keine oder nur wenige Blutkörperchen sitzen am Boden. Ist das Serum rot und sind trotzdem viele Blutkörperchen zu Boden gesunken, so haben wir kein Recht, von einem positiven Ausfall zu sprechen, die Reaktion wird als unsicher bezeichnet. In der Kontrollprobe muß mangels des Antigens Hämolyse eingetreten sein (Serum lackfarben); ist dies nicht der Fall, so besitzt das Serum Eigenhemmung, z. B. infolge Fäulnis bei zu spätem Anstellen der Reaktion nach der Blutentnahme. Es ist dann notwendig, die Reaktion mit frisch entnommenem Blute zu wiederholen. Kahn fand in 37 von 100 Fällen Hemmung in den Kontrollröhrchen, wir haben dieses Vorkommnis nie gesehen. — Nun zu den Resultaten der Untersuchungen des Verf. Es handelte sich um 54 Sera Luetischer der verschiedensten Stadien und Nicht-Luetischer. Mit diesen Seren wurde zur weiteren Kontrolle die Original-Wassermann-Reaktion in der Art angestellt, daß der „Wassermann“ immer 2 Tage später angestellt wurde, nachdem man den Ausfall des „Dungern“ bereits registriert hatte. Es zeigte sich nun eine geradezu verblüffende Uebereinstimmung im Ausfall der beiden Proben; denn in fast allen Fällen mit wenigen Ausnahmen sah Verf. vollständig übereinstimmende Resultate. Aus den Untersuchungen ergibt sich also, daß wir in der v. Dungernschen Reaktion einen sehr brauchbaren Ersatz der Wassermannschen Reaktion besitzen, der besonders für den praktischen Arzt von großem Werte ist. In Fällen, in denen die v. Dungernsche Reaktion ein zweifelhaftes Resultat ergibt, ferner in differentialdiagnostisch bedeutsamen Fällen, in welchen z. B. die Diagnose zwischen tertiärsyphilitischen Prozessen und malignen Tumoren schwankt, wird sie durch die Original-Wassermann-Methode und durch die Kutanreaktionen (Luetin, Pallidin) ergänzt werden müssen.

(Prag. m. Wschr. 1914 Nr. 48.)

Positive Typhusreaktion bei Ruhr. Von Dr. Richard Marek (Aus der IV. Abteilung des k. u. k. Garnisonspitals Nr. 6 in Olmütz). Sehr viele Fälle von Dysenterie werden außer den bekannten Ruhrbazillen durch andere, weniger bekannte verursacht, von denen manche wahrscheinlich mit den Typhusbazillen sehr nahe verwandt sind. In solchen Fällen kann die Gruber-Widalsche Reaktion einen positiven Ausfall bringen. Es ist also wenigstens in den jetzigen Kriegsepidemien nicht gestattet, jeden Patienten, der einen positiven Gruber-Widal ausweist, als Typhuskranken zu proklamieren, sondern es ist erforderlich, auch dem klinischen Verlaufe sorgfältige Aufmerksamkeit zu widmen. Und erst dann, wenn der Krankheitsverlauf mit der serologischen Diagnose übereinstimmt, ist der Patient als Typhuskranker einer Typhusabteilung zu übergeben. Ob nach Verschwinden der Kriegsepidemien die Gruber-Widalsche Reaktion wiederum ihre frühere volle Geltung finden wird, oder ob irgendwelche Veränderungen vorgenommen werden müssen, läßt sich heute nicht bestimmen.
(W. kl. W. 1915 Nr. 20.)

Eine weitere empfindliche Jódprobe für den praktischen Arzt. Von J. Schumacher (Berlin). Die mitzuteilende Probe ist konstruiert aus den beiden Tatsachen, daß Wasserstoffsuperoxyd einerseits imstande ist, aus Jodsalzen Jod in Freiheit zu setzen, und dieses andererseits bei Gegenwart von Wasser zu oxydieren vermag. Eine durch Oxydation gefärbt werdende Substanz vermag alsdann als Indikator zu dienen. Die erforderlichen Hilfsmittel sind gewöhnliches Wasserstoffsuperoxyd und eine 1%ige alkoholische Benzidinlösung, die bekanntlich auch zum Blutnachweis dient. Versetzt man einen jodhaltigen Urin mit der gleichen Menge Wasserstoffsuperoxyd und zu etwa einem Fünftel mit der Benzidinlösung, mischt und erhitzt in einer Bunsenflamme den oberen Teil der Flüssigkeit bis eben zum Aufkochen, so färbt sich diese bei Jodanwesenheit je nach dem Gehalt sofort oder nach kurzer Zeit intensiv braun bis schwarz unter Abscheidung eines ebenso gefärbten Niederschlages nach einiger Zeit bei größeren Jodmengen. Kühlt man etwas ab, so geht die Farbe beim Schütteln fast quantitativ in zugesetztes Chloroform über und färbt dieses ebenfalls tief braun bis schwarz. Meist genügen schon wenige Tropfen der Benzidinlösung. Geringe Jodmengen lassen sich also noch gut an der Braunfärbung des Chloroforms erkennen. Normale Urine verfärben sich beim Erhitzen mit Wasserstoffsuperoxyd und Benzidinlösung überhaupt nicht oder höchstens dunkel strohgelb. Zugesetztes Chloroform färbt sich ebenfalls nicht oder manchmal ein wenig zitronengelb. Vor dem Ausschütteln des Jods mit Chloroform nach

vorherigem Zusatz von rauchender Salpetersäure hat die Probe den Vorzug, daß sie empfindlicher ist. Wenn bei der zuletzt erwähnten Probe das Chloroform eben gerade noch einen violetten Schimmer zeigt, ist es bei der beschriebenen Methode noch tief schwarz.
(D. m. W. 1915 Nr. 18.)

Fehlerquellen in der Diagnose der Lungentuberkulose. Von F. Schilling (Düsseldorf). Als solche kommen nach Fishberg in Betracht: 1. Annahme von Kontaktinfektion auf Grund Zusammenlebens mit Lungenkranken. 2. Ansprechen jedes säurefesten Stäbchens als Tuberkelbazillus. 3. Vorkommen abortiv günstig verlaufener Tuberkulose. 4. Kutane Tuberkulinreaktion ist nur bei Kindern unter 2 Jahren beweisend. Typhus-, Cholera- und Dysenterietoxine geben die gleiche Hautreaktion wie Tuberkulin. Auch Injektion von Wasser kann typische Reaktion mit Fieber, Uebelkeit, Schmerzen in Knochen und Gelenken geben. 5. Als Hämoptoë gedeutete Blutungen aus Nase, Rachen, Zahnfleisch, Oesophagusangiomen, Entzündungen des Larynx und der Trachea, sowie bei organischen Herzfehlern, besonders Mitralstenose bei Bronchiektasie und Lungensyphilis. 6. Fieber: nur 2stündige Messung gibt Sicherheit, ob Fieber besteht. Eine Reihe Krankheiten haben ähnliche Fieberkurven wie Tuberkulose. 7. Perkussion: Spitzendämpfung bei chronischen pneumonischen Prozessen, nach Rippenfellentzündung, bei Chlorose. 8. Röntgendurchleuchtung: falsche Deutung von Schatten. 9. Auskultation: verwertbar sind Veränderungen des Atemgeräusches und begleitender Geräusche nur, wenn sie lokalisiert und beständig sind. Es gibt einfache, nicht tuberkulöse Spitzenkatarrhe mit rechts verschärftem Atemgeräusche und verlängerter bronchialer Ausatmung. Zu beachten: fortgeleitete Geräusche von Nase und Rachen, sowie Muskelgeräusche.

(D. militärztl. Ztschr. 1915 Nr. 7/8. — D. m. W. 1915 Nr. 24.)

Kasuistisches.

Mitteilung über eine epidemieartig auftretende Stomatitis mit eigenartiger Ursache. Von Unterarzt Dr. Edgar Grünbaum (Aus dem Kriegsgefangenenlazarett Hammerstein). Am 25. März trafen etwa 800 Mann des 15. sibirischen Regiments ein, die 2 Tage vorher gefangen worden waren. Im Laufe der nächsten Tage meldeten sich nach und nach etwa 200 Mann davon als krank im Revier. Sie boten alle das Bild einer mehr oder minder heftigen Stomatitis mit Gingivitis. Bei einigen fanden sich außerdem im Pharynx Veränderungen, teils rein katarrhalisch-entzündlicher Art, teils aber

auch mit starkem fibrinösen Belag (1 Kranker), teils mit mehr oder minder tiefgreifenden, scharf ausgestanzten, schmutziggrau aussehenden Nekrosen (3 Kranke). Die 4 Fälle mit Angina wurden ins Lazarett aufgenommen, alle übrigen nur reviermäßig behandelt. Nachforschungen nach vielleicht bestehenden besonderen Gewohnheiten oder Ernährungseigenheiten im 15. sibirischen Regiment blieben ohne Erfolg. Gegen Skorbut sprach das Fehlen von Blutungen und anderen klinischen Erscheinungen. Halsabstriche auf Diphtherie waren negativ, dagegen zeigte das Abstrichpräparat in den 4 Fällen mit Angina und weiterhin auch in 15 anderen wahllos herausgegriffenen Fällen große Mengen Spirillen und fusiforme Bazillen, also das bakteriologische Bild, das bei Angina Plaut-Vincent gefunden zu werden pflegt. Kurze Zeit nach dieser bakteriologischen Feststellung gab der die Kranken im Lazarett badende russische Feldscher dem russischen Arzt an, daß er den 4 Kranken mit anginösen Erscheinungen schwarze Binden abgenommen habe. Die Besichtigung einer solchen Binde ergab, daß sie etwa 170 cm lang und $2\frac{1}{3}$ cm breit, aus dickem, schwarzem Tuch bestand und deutlich mit metallischem Quecksilber imprägniert war, dessen kleinste, glänzende Tröpfchen mit bloßem Auge gut sichtbar waren. Auf Befragen der Leute stellte sich nun heraus, daß sie etwa 14 Tage vor ihrer Gefangennahme diese Binden bei ihrem Ausmarsch als Liebesgaben gegen Läuse erhalten und seitdem um den Leib, auf die bloße Haut gewickelt, getragen hätten. Die Läuse seien danach tatsächlich „regimenterweise“ zum Halskragen herausmarschiert. Unter entsprechender Behandlung (Reinigungsbäder, Mundspülungen mit Kal.-permangan., Pinselungen mit Jodtinktur und Höllensteinlösung) wurden alle Erkrankten geheilt. Bemerkenswert ist, daß hier eine reine Quecksilbervergiftung in einigen Fällen zu dem klinisch und bakteriologisch typischen Bilde einer Angina Plaut-Vincent geführt hatte.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 22.)

Meningitis cerebrospinalis unter dem Bilde des Fleckfiebers. Von Prof. Dr. Ueber. Ein Soldat, der nie mit der Ostarmee zusammengekommen war, erkrankte mit allen Erscheinungen des Fleckfiebers und ging innerhalb 30 Stunden hoch fiebernd zugrunde. Die Sektion ergab Meningitis cerebrospinalis. Es handelt sich um einen der seltenen Fälle, wo dabei Petechien vorkommen.

(Kriegsärztl. Abend, Berlin, 26. I. 1915.)

Ein eigentümlicher Fall von Anaphylaxie gegen Fliegenstiche. Von Geh. Sanitätsrat Dr. Weber (Kassel). Am Abend des 19. Juli v. J., an einem äußerst schwülen, gewitterdrohenden

Tage, wurde Verf. in das Krankenhaus zu einem in den 40er Jahren stehenden, vorher ganz gesunden Mann, der 10 Jahre beim Militär gestanden hatte, gerufen. Der Patient hatte auf einem Spaziergang einen Fliegenstich auf einen Finger bekommen, war danach schwindelig geworden und wurde zyanotisch, dyspnoisch, nahezu pulslos eingeliefert. Bei Verfs. Eintreffen war das Gesicht gerötet, die Konjunktiven der Bulbi waren stark injiziert, der Puls beschleunigt, sehr klein, das Sensorium noch nicht frei, der Kranke redete viel, aber unklar, die Pupillen waren ziemlich eng, gleich, wenig reagierend. Es waren bereits Kampferinjektionen gegeben. Auf Anwendung von weiteren Analeptizis erholte sich der Kranke langsam und machte andern Tags Angaben, die mit denen der Angehörigen übereinstimmten, unter anderem auch, daß er vor 6 Jahren einen ähnlichen Zustand infolge eines Fliegenstichs, der durch den Diensthandschuh hindurch die Hand verletzt hatte, erlebt habe. An der jetzt angegebenen Stelle konnte Verf. zunächst nur eine winzige Stichstelle mit hyperämischer Umgebung bemerken, am 21. VII. indes hatte sich eine deutliche, juckende, feste Quaddel gebildet. An der Einstichstelle war die Haut etwas glatt narbig infolge einer früheren oberflächlichen Verletzung beschaffen. Die Quaddel verschwand dann in kurzer Zeit. Die unscheinbare, angeblich schwarzgraue Färbung des Insekts läßt vermuten, daß es sich um den Stich eines Weibchens der *Haematopota pluvialis* Linn. gehandelt hatte. Wir haben also hier einen wohl in solcher Intensität sehr selten vorkommenden Fall von Anaphylaxie gegen Speicheldrüsensekret einer Stechfliege (Tabanide), der eine lebensgefährliche Beeinflussung des Zentralnervensystems zur Folge hatte. Verf. bemerkt noch, daß Patient kein Alkoholiker war, bei denen in den Tropen Stichinfektionen von besonders heftigen Lokalerscheinungen begleitet sein sollen. (M. m. W. 1915 Nr. 5.)

Gutartige Hautepitheliome. Von L. Wrede (Jena). In Ausnahmefällen können die gutartigen Epitheliome der Haut auch einmal größeren Umfang erreichen. Verf. berichtet über einen 31jährigen Kranken mit apfelgroßer Geschwulst oberhalb des linken äußeren Fußknöchels. Die Geschwulst zeigte auf der Höhe eine hanfkorngroße Oeffnung mit entzündlicher Zone. Entleerung von jauchigen, fetzigen Massen. Exstirpation der Geschwulst; binnen Jahresfrist kein Rezidiv. Es handelte sich in diesem Falle um einen epithelialen Tumor, der im Aufbau seiner Elemente der Haut entsprach. (Arch. f. klin. Chir. 106 H. 2. — D. m. W. 1915 Nr. 5.)

Verletzungen mit Tintenstiften. Von S. Erdheim (Wien). An mehreren Kranken mit Tintenstiftverletzungen machte Verf. die

Wahrnehmung, daß der klinische Verlauf dieser Verletzung kein gewöhnlicher war, sondern daß die Heilung erst nach mehreren Wochen unter Abstoßung eines größeren, violett gefärbten Gewebstückes eintrat; dabei war die Wundsekretion spärlich und die Entzündung in der Umgebung der Wunde recht gering. Experimentelle Untersuchungen ergaben, daß der Tintenstift auch im tierischen Gewebe schon in sehr kurzer Zeit eine heftige Reaktion erzeugt; es entsteht vor allem um den Fremdkörper eine Zyste, in deren Inhalt sich der Stift allmählich auflöst. Von hier dringt der Farbstoff sehr weit in das umgebende Gewebe hinein, erzeugt ein mächtiges Oedem und eine progrediente Nekrose. Therapeutisch die wichtigste Aufgabe ist die Entfernung des Tintenstiftes, sobald als möglich, da er in dem Gewebe ein Dauerdepot bildet, aus dem konzentrierte Farbstofflösungen in das Gewebe abgegeben werden, um daselbst eine Nekrose aller Gewebsschichten in weiter Ausdehnung zu erzeugen. (Arch. f. kl. Ch. 106 H. 1. — D. m. W. 1915 Nr. 5.)

Ein Fall von fraglicher Kombination der multiplen Sklerose mit Poliomyelitis. Von Dr. Erwin Lewy. (Aus der Nervenheilstätte Lankwitz). 34-jähriger Landrichter aus X. Familienanamnese ohne Besonderheiten. Pat. hatte mit 2 Jahren eine Erkrankung, die für „Kinderlähmung“ gehalten wurde und eine starke Schwächung des linken Beines zur Folge hatte, sonst will er stets gesund gewesen sein. Seine Amme soll krank gewesen sein, und die Angehörigen befürchteten eine Ansteckung durch sie (nach Bericht der älteren Schwester scheint es sich um Tuberkulose gehandelt zu haben). Pat. bekam einen Hessingschen Apparat für das linke Bein und konnte damit sehr gut gehen, ging z. B. als junger Student täglich zum Heidelberger Schloß hinauf. Seit Anfang der 20er Jahre aber verspürte er eine zunehmende Schwäche und Steifigkeit des rechten Beines und ein Schlapperwerden des ganzen Körpers. Er machte alle juristischen Examina prompt, ist jetzt seit 2 Jahren als Landrichter in X. angestellt und kann die Arbeit bis auf etwas leichte Ermüdbarkeit gut leisten. Zuerst konnte er noch zu seinem 2. Stockwerk hoch gelegenen Bureau selbst hinauflaufen, seit einiger Zeit muß er aber hinaufgetragen werden. Der Schlaf ist recht mäßig, der Appetit geht einigermaßen. Sexuellen Verkehr habe er nie gehabt, früher seien Pollutionen gekommen, jetzt gar nicht mehr. Von Zeit zu Zeit habe er, besonders nachts, häufigen Urindrang. Status praesens: Kleiner Mann in mäßigem Ernährungszustand. Gang nur mit 2 Stöcken möglich, das linke Bein wird kraftlos nachgezogen, das rechte Bein wird deutlich spastisch bewegt. An den Zirkulationsorganen nichts Besonderes, an der rechten Lunge hinten rauhes Atmen, sonst ohne Besonder-

heiten. Abdomen etwas gespannt. Pupillen beiderseits gleich, rund, mittelweit, Licht- und Konjunktivalreflexe gut. Fundus: Links ohne Besonderheiten, rechts temporale Abblassung. Starker Nystagmus beim Blick nach oben und außen. Augenbewegungen sonst frei. Vorderarmreflexe ohne Besonderheiten. Beine: Rechtes stark spastisch, linkes ganz schlaff, Unterschenkel völlig, Oberschenkel stark atrophisch. Patellarreflexe: Rechts stark gesteigert, kein Klonus, links bedeutend schwächer als rechts, immerhin aber auffallend stark im Vergleich zu der starken Atrophie. Das rechte Bein kann kaum gehoben, der Fuß nach allen Richtungen ganz wenig bewegt werden. Rechts unerschöpflicher Fußklonus, links kein Achillesreflex zu prüfen wegen Tenotomie der Achillessehne. Rechts deutlicher Babinski, links zuerst zweifelhaft, später O. Oppenheim, Mendel-Bechterew, Rossolimo rechts +, links —. Elektrische Erregbarkeit der Beine: Rechter und linker Oberschenkel ohne Besonderheiten. Linker Unterschenkel und Fuß galvanisch und faradisch unerregbar. Bauchdecken- und Kremasterreflex beiderseits —. Sensibilität bis auf leichte Hypästhesie am linken Unterschenkel intakt, nur für Wärme und Kälte reicht die Hypästhesie auf der Innenseite des Oberschenkels herauf. Keine Lagegefühlsstörungen, keine Astereognosie. Ataxien der oberen Extremitäten leicht angedeutet, die der unteren nicht zu prüfen. Deutlicher Intentionstremor beider Hände. Im Urin findet sich etwas Albumen, keine Formbestandteile. Wassermannsche Reaktion im Serum negativ. Unter Fibrolysin und Arsen gute Gewichtszunahme, Pat. fühlt sich viel frischer, hat kein so großes Schlafbedürfnis mehr wie anfangs. Gegen die zystitischen Beschwerden wird mit Erfolg Urotropin angewandt. Die Spasmen in den Beinen werden wohl gelegentlich etwas weniger empfunden, bleiben aber ungefähr gleich. — Daß es sich bei dem Pat. um eine ausgebildete multiple Sklerose handelt, unterliegt ja keinem Zweifel, der Fall bietet fast alle Symptome, die für typisch gelten müssen. Die Frage ist nur, ob die in früher Kindheit überstandene Krankheit, von der die schwere Atrophie des einen Beines herrührt, wirklich, wie damals angenommen, eine Poliomyelitis gewesen war. Auf den ersten Blick erscheint dies als völlig selbstverständlich, und Verf. glaubte auch sicher zu sein, einen Fall von Kombination der multiplen Sklerose mit dieser Krankheit vor sich zu haben. Ein Blick in die Literatur machte ihn aber stutzig. Weder Oppenheim in seinem Lehrbuch, noch Marburg in seinem Artikel im Handbuch der Neurologie erwähnen diese Kombination, wogegen Kombinationen der Sklerose mit allen möglichen anderen Krankheiten, Syringomyelie usf. bekannt sind. Dagegen ist es bekannt, daß die multiple

Sklerose unter allen möglichen Formen erscheinen kann, daß sie oft larviert wird durch andere Erkrankungsarten und man auch darauf gefaßt sein kann, daß sie eine typische Poliomyelitis anterior acuta vortäuscht. So beschreibt Oppenheim mehrere solche Fälle. Liegt hier nun eine derartige intermittierende Form der Sklerose vor? Das frühe Kindesalter der ersten Affektion spricht nicht unbedingt gegen einen sklerotischen Prozeß, da mehrere Fälle bekannt sind, wo eine Sklerose schon sogar im Säuglingsalter beobachtet wurde. Das elektrische Verhalten kann man natürlich auch nicht zur Differentialdiagnose mitheranziehen, da die Art des Prozesses für die schwere Atrophie und das Erloschensein der elektrischen Erregbarkeit nicht in Betracht kommt, sondern nur die Lokalisation. Es bleiben die Sensibilitätsstörungen. Auch diese bilden kein sicheres Argument für eine der beiden strittigen Erkrankungen. Seit Oppenheim und C. S. Freund weiß man, daß Sensibilitätsstörungen bei der Sklerose durchaus nicht selten sind, und daß sie gerade gern distal auftreten. Allerdings nimmt man an, daß die Unbeständigkeit der Störungen, die hier nicht zu bemerken war, typisch ist. Mit besonderer Vorliebe sind es Temperaturempfindungsstörungen, die auch in diesem Falle vorhanden waren. Bei der eigentlichen Poliomyelitis „anterior“ darf man ja eigentlich keine Sensibilitätsstörungen erwarten, aber die Erfahrung lehrt, daß bei der Kinderlähmung nicht selten solche auftreten, was Marburg u. a. wohl mit Recht auf das häufige Uebergreifen des entzündlichen Prozesses auf die Hinterhörner zurückführen. Das Resultat dieser Ueberlegung wird also wohl sein müssen, daß man zu einem sicheren Schlusse nicht gelangen kann. Rein gefühlmäßig neigt Verf. immer noch mehr zu der Ansicht, daß eine Kombination beider Krankheiten vorliegt, und könnte zu seiner Unterstützung die Möglichkeit anführen, daß das einmal geschwächte Nervensystem der unbekannten Noxe, die den sklerotischen Prozeß herbeiführte, leichter zum Opfer fiel. Dies ist aber zweifellos kein Gegenbeweis gegen die Möglichkeit, daß es sich um zwei Attacken ein und derselben Krankheit handelt. Verf. glaubt, daß gerade die Schwierigkeit einer Entscheidung den Fall noch interessanter macht, als es die bloße Aufzählung einer Kombination zweier häufiger Krankheiten wäre. Praktisch von Interesse dürfte es auch sein, daß ein so schwerkranker Mann den Beruf eines Landrichters gut ausfüllen kann und außer einer leichten Ermüdbarkeit absolut keine psychischen Erkrankungszeichen — bisher wenigstens — bietet.

(B. kl. W. 1914 Nr. 52.)

Melaena neonatorum. Von Stephan. Bei dem kräftig entwickelten Kinde trat bereits 30 Stunden post partum geringfügiges

Blutbrechen auf, das sich im Verlauf des 3. Lebenstages in verstärktem Maße mehrmals wiederholte. In der Nacht zum 4. Tage setzten heftige Blutentleerungen aus dem Darm ein, am Nachmittag wurden an verschiedenen Stellen des Körpers (an beiden Ellbogen, Kniegelenken, an der Innenfläche der linken Ferse und am Kopfe) erbsen- bis markstückgroße subkutane Hämorrhagien sichtbar, die sich von der leicht ikterischen Haut durch ihre kräftige blauviolette Färbung deutlich abhoben. Zugleich wurden außer allgemeiner Apathie und Benommenheit Okulomotoriusstörungen und Nystagmus beobachtet, Symptome, die auf eine zerebrale Genese der Affektion hinweisen. Der Vortragende vermutet hier einen jener Fälle, wie sie von Brown-Séquard, Epstein, Schiff und v. Preuschen in praxi beobachtet und experimentell an Versuchstieren erzeugt wurden, in denen intrakranielle Blutungs-herde zu den Erscheinungen der Melaena führten; danach würden die Blutextravasate im Magendarmkanal und die subkutanen Hämorrhagien durch Störung bzw. sogar Lähmung des Vasomotorenzentrums entstanden sein. Zur Annahme dieser Aetiologie berechtigt die Anamnese dieses Falles: Es handelt sich um das siebente Kind einer Frau mit rachitisch-plattem Becken, deren vorausgegangene Geburten zum Teil schwere Zangenentbindungen bzw. Totgeburten waren. Bei dem jetzigen Partus stellte sich die Frucht in Vorderscheitelbeinstellung ein, die Geburt schritt trotz langer Dauer nicht vorwärts. Nachdem mekoniumhaltiges Fruchtwasser abgegangen und ein Impressionsversuch mißlungen war, wurde die Pubeotomie vorgenommen, und das Kind wurde unter stehenden Traktionen durch hohe Zange entwickelt, wobei der Kopf mit deutlichem Ruck ins Becken eintrat. Hierbei könnte das vom Vortragenden supponierte intrakranielle Hämatom entstanden sein. Da die Prognose infolge der starken Magendarmblutung, die trotz intensiver Gelatinebehandlung fortbestand, und auf Grund der zerebralen Erscheinungen als sehr ernst zu stellen ist, soll gegebenenfalls in einer der nächsten Sitzungen über das Obduktionsergebnis berichtet werden.

(Mediz. Verein Greifswald, 12. VI. 1914.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Über die Behandlung gangränöser und phlegmonöser Wunden mit dem künstlichen Magensaft nach Prof. Freund. Von Primarius Dr. Funke (Aus der 1. chirurgischen Abteilung der k. k. Krankenanstalt „Rudolfstiftung“ in Wien). Die Technik des Verfahrens ist einfach und besteht im wesentlichen darin, daß Wunden im

Bereiche der Hand und des Vorderarms oder des Fußes direkt in ein Salzsäure-Pepsinbad gelegt werden, das durch eine Lampe auf Körpertemperatur erwärmt wird. Bei allen übrigen Wunden, bei denen ein Bad teils wegen des Sitzes, teils wegen der dazu erforderlichen allzu großen Menge von Verdauungsflüssigkeit nicht angezeigt erscheint, genügt es, sterile Verbandstoffe mit der Flüssigkeit zu tränken und aufzulegen. In diesem Falle sollen die Verbandstoffe mindestens 2stündlich erneuert werden. Begonnen wurde die Behandlung mit einer Lösung von 0,1 bis 0,2% iger Salzsäure und einem Gehalte von 2 bis 5% Pepsin. Diese Art der Anwendung hatte zu Beginn bei manchen Fällen mit starker eitriger Sekretion nicht den erwarteten schnellen Erfolg, was Freund auf die rasche Neutralisierung der freien Salzsäure infolge der reichlichen Sekretion zurückführte und daher den Vorschlag machte, zuerst die Wunden mit körperwarmer 0,2% iger Salzsäure durch mindestens eine halbe Stunde zu baden oder gründlich zu spülen, wodurch das eitrige Sekret entfernt und die gangränösen und nekrotischen Gewebsmassen saure Reaktion erhalten, und dann erst die Verdauungsflüssigkeit zu applizieren. Diese wurde nach folgendem Rezept hergestellt:

B. Acid. hydrochlor. 0,2 %	1000,00
Pepsini germ.	20,00—50,00
Sol. dimethylamidoazobenzol. alkohol. 1 %	gtt. V.

M. D. S. Verdauungsflüssigkeit.

Den Zusatz von Farbstoff gibt Freund nur aus dem Grund, um sich bei längerem Liegen der Verbandstoffe zu überzeugen, ob noch freie Salzsäure vorhanden ist. Ist letztere nämlich etwa durch die eitrigen Sekrete neutralisiert, so hört die Verdauungswirkung auf. Die Flüssigkeit soll ferner nicht länger als 2 Tage stehen, soll womöglich stets frisch bereitet werden und darf auch nicht über 50° erwärmt werden. Die Bedenken, daß durch die Einwirkung dieser Flüssigkeit auch gesundes Gewebe geschädigt werden könnte, hält Freund nicht für gerechtfertigt. Tatsächlich hat die praktische Anwendung des künstlichen Magensafts in zahlreichen Fällen, bei Wunden in den verschiedensten Regionen, bei stunden-, ja tagelanger Anwendung die Ungefährlichkeit gegenüber dem gesunden Gewebe zur Genüge bewiesen. Immerhin wird es sich aber empfehlen, bei bloßliegenden Sehnen, Nerven und Blutgefäßen dieselben durch eine vaselinetränkte, hydrophile Gaze entsprechend zu schützen. Zu befürchten waren ja wohl in erster Linie Nachblutungen, und zwar nicht etwa infolge von Arrosion

der Gefäße, sondern infolge allzurascher Abstoßung der nekrotischen Gewebsmassen, eine Befürchtung, die Verf. veranlaßte, in einigen Fällen auf die Gefahr einer Nachblutung aufmerksam zu machen und die entsprechenden Anordnungen zu treffen. In keinem Fall ist aber eine solche eingetreten, die der Einwirkung des künstlichen Magensafts zuzuschreiben wäre. So plausibel auch die theoretischen Ausführungen Freunds waren, so skeptisch war Verf. in bezug auf die praktischen Erfolge, da es ihm sehr unwahrscheinlich schien, daß der künstliche Magensaft diese schmierigen und gangränösen Wunden rascher reinigen könne als unsere oft so bewährten und erprobten Mittel, insbesondere das permanente Wasserbad. Um so mehr war Verf. überrascht, als er sich schon nach kurzer Behandlungszeit, in manchen Fällen schon nach wenigen Stunden, von der Vortrefflichkeit dieses Mittels überzeugen konnte. Große Wunden, die schon längere Zeit behandelt wurden und die auch im permanenten Wasserbade keine auffallende Aenderung zeigten, waren nach 2 tägiger Behandlung schon derart verändert, daß man diese Besserung nur der neuen Behandlungsmethode zuschreiben konnte. Verf. sah raschen Schwund des schmierigen Belags und ebenso rasche Abstoßung der gangränösen Fetzen, wobei gleichzeitig die oft schweren Allgemeinsymptome schwanden, das Fieber oft kritisch abfiel. Die Granulationsbildung war eine äußerst lebhaft, und Verf. muß gestehen, daß er noch niemals durch die Einwirkung irgendeines uns bekannten Mittels so lebhaft und gesunde Granulationen entstehen sah wie durch die Einwirkung des künstlichen Magensafts. (M. Kl. 1915 Nr. 11.)

Erfahrungen mit Zinkperhydrolsalbe in der Wundbehandlung. Von Sanitätsrat Dr. Machenhauer, Chefarzt eines Vereinslazarettes in Darmstadt. „Ich habe seit Anfang des Krieges, August 1914 in dem mir unterstellten Vereinslazarett in Darmstadt die mir gütigst von der Chemischen Fabrik E. Merck (Darmstadt) zur Verfügung gestellte Zinkperhydrolsalbe bei etwa 100 Wunden in Anwendung gezogen und habe Gelegenheit gehabt, folgende Beobachtungen im Heilungsverlauf zu machen. Die schmutzig-eitrig belegten, auch oft übelriechenden Wunden reinigten sich auffallend schnell, bedeckten sich rasch mit frischen roten Granulationen und zeigten eine starke Tendenz zur Ueberhäutung. Eine unangenehme Reizung, Schmerzen der Wunde oder deren Umgebung wurde bei der Salbenanwendung nie beobachtet, so daß ich die Zusammensetzung der Salbe für eine besonders glückliche und zur Wundbehandlung als hervorragend geeignet empfehlen kann.“

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 15.)

Ueber Pellidol. Von Dr. Kottmaier (Aus dem Stadt-Hannoverschen Krankenhaus II). Nach Verf. Erfahrungen dürfte es sich empfehlen, reine, nichteiternde Wunden in 2 tägigem Wechsel mit Pellidolsalbe zu behandeln; dabei ist zu bedenken, daß, wenn nicht noch Epithelinseln im Innern der Wunde vorhanden sind, die Ueberhäutung ausschließlich vom Rande der Wunde aus erfolgen kann. Dementsprechend ist dieser bei größeren Wunden allein mit der Salbe zu bestreichen, während das Innere der Wunde durch einen indifferenten Salbenverband vor dem Reiz der Pellidolsalbe zu schützen ist. Sollte auf diese Weise ein Fortschritt in der Ueberhäutung nicht mehr zu konstatieren sein, so wird ein indifferenter, trockener oder feuchter Verband die Wundgranulationen wieder erneut auf Pellidol reagieren lassen. Die vorstehende Veröffentlichung sollte zeigen, daß wir im Pellidol ein pharmakologisch einwandfreies Mittel besitzen, welches, in obiger Weise angewandt, seine stark epithelialisierende Wirkung auch dann noch entfaltet, wenn alte, erprobte Mittel versagen.

(B. kl. W. 1915 Nr. 10.)

Zur Bekämpfung des Pyocyaneus-Eiters schreibt Ernst Unger (Aus dem Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Schöneberg): „Der Bacillus pyocyaneus gilt im allgemeinen als nicht pathogen für den Menschen. Es sind nur einige Fälle beschrieben worden, in denen Kinder an einer allgemeinen Pyocyaneusinfektion zugrunde gingen. Immerhin ist der Pyocyaneus sehr lästig, wenn er große Wunden befällt, die unter seinem Einfluß stark sezernieren, die Verbandstoffe reichlich durchdringend. Auf folgende Weise läßt sich die Wirkung des Pyocyaneus eindämmen oder auch ganz beseitigen: Man setzt einer Kochsalz- oder Essigsäuretonerdelösung einige Tropfen reiner Salzsäure zu (5—8 Tropfen auf $\frac{1}{2}$ l), verbindet mit dieser Flüssigkeit auf 24 oder 48 Stunden die Wunde feucht, und fast stets verschwindet die grünblaue Farbe des Eiters aus den Verbandstoffen, die Sekretion ist erheblich eingedämmt, und rote frische Granulationen kleiden die Wunde aus. Die Wirkung ist so zu erklären, daß der Pyocyaneus gern auf alkalischem Nährboden wächst, aber auf saurem nicht gedeiht. Freund in Wien gab kürzlich an, daß es ihm gelungen sei, schmierig eitrige Wunden mit einer Lösung von Salzsäure und Pepsin als Verbandwasser schnell zu reinigen, und glaubte, daß eine Verdauung des abgestorbenen Gewebes vor sich gehe; vielleicht ist die gute Wirkung seiner Lösung auch auf die Vernichtung der Bakterien zurückzuführen, deren große Mehrzahl ja alkalische Nährböden braucht“.

(B. kl. W. 1915 Nr. 11.)

Etwas über die Behandlung schmerzhafter kallöser Narben. Von Dr. P. Michaelis. Verf. benutzte das von Mendel empfohlene, in Ampullen zu 2 ccm fertig gelieferte Fibrolysin der Firma Merck (Darmstadt). Er injizierte alle 2 Tage den Inhalt einer Ampulle in die Narbe bzw. in deren nächste Umgebung. Diese Behandlung kombinierte er mit leichter Massage und Heißluftapplikation 2mal täglich. In vielen Fällen hat Verf. diese kombinierte Methode — Fibrolysin, Heißluft, Massage — mit befriedigendem Erfolge angewandt und möchte den Kollegen diese Art der Narbenbehandlung empfehlen.

(M. m. W. 1915 Nr. 19.).

Zur Behandlung der Congelatio. Von Medizinalrat Dr. J. Schillinger (Aus der chirurgischen Abteilung Va des k. u. k. Garnisonsspitals Nr. 1). Bei der Behandlung der Congelatio spielte bisher die Amputation des anscheinend nekrotischen Teiles wohl eine bedeutende Rolle. Nach Verf. Erfahrungen kann jedoch die Grenze der konservativen Behandlung bedeutend erweitert werden. Verf. hat im ganzen ca. 20 Fälle behandelt, von denen 4 infolge des hohen Fiebers zur Amputation bereits bestimmt waren. Trotzdem versuchte er die konservative Behandlung durchzuführen und war mit den erzielten Resultaten außerordentlich zufrieden. Die Behandlung wurde in folgender Weise durchgeführt: Zunächst wurde, um den fürchterlich penetranten Geruch zu bekämpfen, mit Wasserstoffsuperoxydlösung bespritzt. Nun wurde das ganze Extremitätenende, Hand oder Fuß, mit mäßig feuchter, in halbprozentige Kreolinlösung getränkter, steriler Gaze eingeschlagen, darüber impermeabler Stoff (Billrothin) gegeben und verbunden. Bei täglichem Verbandwechsel werden alle flottierenden Hautfetzen sorgfältig mit Pinzette und Schere abgetragen, und alsbald erscheint unter der weißlichen, übelriechenden Epidermis, die sich allorts ablöst, die schwarze, mumifizierte Kutis, die sich von der dahinter sich anschließenden, gesund gebliebenen Haut scharf abgrenzt. Sobald die Epidermis, einschl. Nägel, entfernt ist, läßt der penetrante Geruch nach, und man kann die Berieselung mit Hydrogenium superoxydatum weglassen. Nun kann man unter fortgesetztem täglichen Verbandwechsel beobachten, daß die Mumifikation allmählich vom Rande (der Demarkationslinie) her sich aufhebt, gewissermaßen sich aufblättert und darunter gesundes Granulationsgewebe erscheinen läßt. Es ist also die Nekrose nicht durch und durch gegangen, sondern das Zentrum, Knochen und Muskel sind intakt oder doch resurrektionsfähig geblieben. Nach ungefähr einem Monat pflegen, wenn die Erfrierung sich auf die vordere Hälfte des Fußes erstreckt hat,

die mumifizierte Kutis und die Zehen, diese teils ganz, teils nur die vorderen Glieder, abzufallen, und wir sehen jetzt einen rein granulierenden Stumpf, der nach dem Vergleich eines Patienten wie ein faschiertes rohes Fleischlaibchen an Stelle der vorderen Hälfte des Fußes erscheint. Verf. hat auch jetzt die Kreolinverbände, die der gesunden Haut ganz und gar unschädlich sind, fortgesetzt, nur nicht mehr alle Tage, sondern nur jeden zweiten Tag, später sogar nur jeden dritten Tag. Ab und zu erscheinende Epidermispusteln sind beim nächsten Verband wieder spurlos verschwunden. Nun schiebt sich die Epidermis schön rosenrot immer mehr und mehr nach vorne, die Intumeszenz des Stumpfes nimmt ab, und nach Ablauf eines weiteren Monats sind dort, wo die vordere Hälfte des Fußes verloren schien, nur mehr an der Ansatzstelle der verloren gegangenen Zehen 1—2 cm breite Granulationsstreifen zu sehen, von denen man hoffen kann, daß sie in weiteren 14 Tagen überhäutet sind. So der Verlauf in der übergroßen Mehrzahl der Fälle.

(W. kl. R. 1915 Nr. 9/10.)

Zur Behandlung der Oberschenkelfrakturen. Von Bataillonsarzt Dr. Witzzenhausen (Mannheim). Der Verletzte wird — Verf. hat die Methode hauptsächlich bei Kindern anzuwenden Gelegenheit gehabt — tiefer gelegt, als die übliche Höhe des Operationstisches oder sonstigen Tisches ist, etwa in Kniehöhe auf eine Bank, Bett, kurz, was zur Lagerstätte gerade da ist, selbst auf den Boden, womöglich entkleidet. Nunmehr wendet man sich an die gesunde, nicht verletzte Seite, bringt das gesunde Bein in eine im Hüftgelenk etwa 45° , im Kniegelenk etwa 90° , im Fußgelenk, was übrigens hierbei eine nebensächliche Rolle spielt, auch etwa 90° gebeugte Stellung. Nach diesem Bein modelliert man nun des Verf. biegsame Drahtschiene, die dann, wie üblich, gepolstert wird. Nach der Polsterung wird das gesunde Bein in reiner Beugestellung nochmals auf die Schiene aufprobiert, ob sie tatsächlich gut sitzt. Die Schiene soll hinten weit hinaufragen bis zu einem Punkt, welcher rechts und links irgendwie bezeichnet wird. Nunmehr wendet man sich mit der so modellierten Schiene an die verletzte Seite. Ist keine Knochenverschiebung da, so legt sich das verletzte Bein genau in die nach der gesunden Seite modellierte Schiene und wird auf dieser mit Binden fixiert. Ist eine (starke) Dislokation vorhanden, wie es meist der Fall ist, so verfährt man folgendermaßen: 1 oder 2 Gehilfen fassen das verletzte Bein am Unterschenkel fest an, beugen es im Knie- und Hüftgelenk und suchen nun den (wie oben bemerkt) tiefer unten liegenden Patienten an dem im Kniegelenk etwa rechtwinklig ge-

beugten Unterschenkel förmlich von der Unterlage abzuheben. Hierdurch wird durch das Gewicht des Verletzten ein solcher Zug ausgeübt, wie er durch kein anderes Mittel, keinen Gegenzug erreicht werden kann, und eine Dislokation wohl in den meisten Fällen beseitigt. Während des Anhebens — es braucht kein vollständiges Aufheben des Kranken zu sein — kann man übrigens noch durch Auflegen der Hand auf den Oberschenkel die Bruchstelle kontrollieren. Nunmehr legt man das korrigierte Bein auf die, wie oben angegeben, fertiggestellte Drahtschiene. Legt sich das Bein nunmehr genau in die Schiene herein, so ist dies der sicherste Beweis, daß die Korrektur der Dislokation vollkommen ist, und das ist dank des kräftigen Gegenzuges meist der Fall, sonst müßte das Anheben am Unterschenkel nochmals vorgenommen werden. Nunmehr wird durch die übliche Bindeneinwicklung das ganze Bein bis über Becken- und Lendengegend an die Schiene fixiert. Der Verband des Oberschenkelbruches — Verf. sieht hier ab von einer Weichteilverletzung, die vorm Auflegen des Beines auf die Schiene versorgt werden müßte, aber auch erst nachher versorgt werden kann — ist hiermit fertig, und zwar nicht nur für einen kurzen Transport, sondern für die ganze Dauer der Behandlung bis zur festen Konsolidation. Dabei hat man die ständige Kontrolle über das Bein (auch ohne Röntgendurchleuchtung) täglich klar vor Augen, denn eine idealere Heilung, als wenn das verletzte Bein genau so lang wird wie das gesunde, dürfte wohl niemand verlangen. Und hierfür bürgt hier eben der gute Sitz der modellierten Schiene. Verf. möchte nur noch darauf hinweisen, daß diese Art der Behandlung auch sonst große Vorteile bietet; es kann sofort nach der Anlegung mit passiven und aktiven Bewegungen im Knie- und Fußgelenk begonnen werden, es braucht nur die Binde von diesen bzw. vom Unterschenkel und Fuß abgenommen zu werden, um dann wieder angelegt zu werden. Auch die Weichteilwunden können ohne Abnehmen der Schiene gut versorgt werden usw. Die zwei wichtigsten Punkte bei dieser von Verf. bisher erprobten Methode sind die:

1. Es kommt eine Schiene zur Anwendung, die genau die Länge des gesunden, nicht verletzten Beines wiedergibt.
2. Die Korrektur der etwa vorhandenen Knochendislokation findet durch das eigene Körpergewicht des Verletzten ohne irgendwelchen Gegenzug in äußerst wirksamer Weise statt.

In etwas modifizierter Weise kann diese Methode auch beim Oberarmbruch angewandt werden. Bedingung ist nur selbstverständlich das Vorhandensein der Drahtschienen in der richtigen Länge (auch Weite) sowie von einer Beschaffenheit, daß sie zwar

durch kräftigen Druck der Hände und Arme sich biegen lassen, aber nicht schon durch leichten Fingerdruck.

(D. m. W. 1915 Nr. 20.)

Die Vorzüge der unblutigen Einrenkung bei der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. Von W. Böcker (Berlin). Zusammenfassend kann Verf. sagen, daß durch die unblutige Einrenkung nach Lorenz mit der Vervollkommnung der Technik uns ein Heilmittel an die Hand gegeben ist, das heute im entsprechenden Alter bei einseitiger Hüftverrenkung nahezu alle Fälle und bei doppelseitiger etwa $\frac{2}{3}$ zu heilen vermag, was keine andere Methode auch nur annähernd zu leisten imstande ist.

(D. m. W. 1915 Nr. 19).

Zur Bewertung der Nicoladonischen Plattfußoperation. Von Dr. M. F. Rothschild (Aus der Chirurgischen Klinik des Hospitals zum Heiligen Geist in Frankfurt a. M.). Verf. erwähnt, daß die Nicoladonische Operation von dem Gedanken ausgeht, durch temporäre Ausschaltung des Triceps surae dessen Antagonisten, den kurzen Muskeln der Fußsohle, Gelegenheit zu geben, durch ihre Kontraktion das Fußgewölbe wiederherzustellen. Demgemäß durchtrennt Nicoladoni die Achillessehne, und zwar treppenförmig, schlägt beide Enden nach oben und unten um und vernäht sie auf der Faszie, ursprünglich in der Absicht, später, wenn die kurzen Muskeln der Fußsohle das Fußgewölbe wiederhergestellt hätten, die Kontinuität der Achillessehne wiederherzustellen. Diese operative Wiederherstellung der Kontinuität der Achillessehne hat sich nach den Erfahrungen aller, die über die Nicoladonische Operation berichten, und auch nach denen des Verf. als überflüssig erwiesen, da ausnahmslos eine spontane Regeneration stattfindet. Die Operation ist einfach, leicht in Lokalanästhesie ausführbar und ihre anatomische Begründung so einleuchtend, daß sie zu einer Prüfung auffordert. Demgemäß hat Verf. auch die Operation bei im ganzen 11 Fällen ausgeführt, die er kurz im Auszug folgen läßt. Abgesehen von dem letzten Falle, der noch in ambulanter Behandlung sich befindet und bei dem eine völlige Wiederherstellung noch nicht ausgeschlossen ist, hat Verf. in sämtlichen Fällen Heilung der oft recht erheblichen Plattfußbeschwerden gesehen. Sämtliche Operierte sind auf Arbeit im Stehen und Gehen angewiesen, und sämtlich können sie ihrem Berufe nachgehen. Ganz besonders kann Verf., in Uebereinstimmung mit den andern Beobachtern, bestätigen, daß unmittelbar nach der Operation die Schmerzen, die oft so quälend sind, verschwinden, wenn auch der Gang noch

längere Zeit unbeholfen bleibt. Auch die ausnahmslose Regenerierung der Kontinuität der Achillessehne hat Verf. feststellen können. Nicoladoni beabsichtigte ja ursprünglich, die Sehnenenden wieder durch Naht zu vereinigen, sobald durch die unbehinderte Wirkung der kurzen Fußmuskulatur das Fußgewölbe sich wiederhergestellt habe. Aber weder er selbst noch einer der andern Beobachter hat dies nötig gehabt. Verf. kann also nach seinen Erfahrungen die so einfache und schnell auszuführende Nicoladonische Operation bei Fällen von ausgesprochenem schmerzhaften Plattfuß auf das angelegentlichste empfehlen. Irgendwelchen Nachteil hat er bei ihr jedenfalls für die Operierten nicht gesehen, und die Erfolge in 10 von 11 Fällen ermuntern dazu, sie auch für die Folge in allen geeigneten Fällen anzuwenden. (D. m. W. 1914 Nr. 51.)

Kaspiatische Mitteilung einiger Fälle von Aktinomykose und Versuch der Röntgenbehandlung. Von Jacob Nordentoft. N. berichtet über 3 Fälle von Aktinomykose, bei denen mit gutem Erfolge Röntgenbehandlung angewandt wurde. Der erste Fall betraf einen 19jährigen Mann, bei dem die Aktinomykose einen selten bösartigen Verlauf nahm und schließlich mit einer ausgedehnten aktinomykösen Meningitis zum Tode führte. Dieser Fall trotzte jeder konsequent durchgeführten chirurgischen und Jodkalibehandlung. Erst im späteren Stadium wurde Röntgenbehandlung versucht, und zwar mit sehr gutem Resultat, aber die Uebertragung auf die Meningen verhinderte eine Heilung. Eine eingeleitete Salvarsanbehandlung war ohne Erfolg. Bei der Obduktion fanden sich im Eiter von der Basis cerebri zahlreiche grampositive typische Aktinomycesmyzelien. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 45jährige Frau mit Aktinomykose am Unterkiefer. Die Pat. erhielt einmal die Erythemdosis. Nach einem Monat war vollständige Heilung eingetreten. Um einem Rezidiv vorzubeugen, erhielt Pat. noch einmal und nach Ablauf eines weiteren Monats abermals je eine Erythemdosis. Daneben wurde Jodkalium 3 mal täglich $\frac{1}{2}$ g gegeben. Im dritten Falle handelte es sich um einen 74jährigen Mann, der mit der Diagnose Sarkom des Unterkiefers geschickt wurde. Bei der Röntgenuntersuchung konnten aber Veränderungen am Knochen nicht gefunden werden. Aktinomycesmyzelien ließen sich zwar in diesem Falle nicht nachweisen, doch handelte es sich um einen nach dem klinischen Bilde sicheren Fall von Aktinomykose. Der Pat. erhielt 3 mal die Erythemdosis, jedesmal mit deutlich sichtbarer Reaktion; dann schwanden Schwellung und Rötung, die Fisteln schlossen sich, und die Haut nahm wieder normales Aussehen an. Zurück blieb nur ein

vollständiger Haarausfall. Seit dem Jahre 1912 ist Patient rezidivfrei.

(Nordisk Tidsskrift for Terapi 1914 Nr. 7. —

Zbl. f. Chir. 1915 Nr. 5.)

b) Innere Krankheiten.

Zur Frage der Typhusernährung im Kriege. Von Stabsarzt d. L. Privatdozent Dr. Rohmer (Marburg), z. Z. im Felde. Verf. hat wenige Wochen nach seinem Dienstantritt in dem von ihm geleiteten Seuchenlazarett an Stelle der vorher üblichen Milch- und Schleimdiät eine reichliche gemischte flüssig-breiige Kost eingeführt. Er hatte also die Möglichkeit, die Vorzüge und Nachteile der beiden Methoden nacheinander und nebeneinander zu studieren und nicht nur statistisch zu vergleichen, sondern auch die frischen klinischen Eindrücke unmittelbar auf sich wirken zu lassen. Der Vergleich fiel in ganz überzeugender Weise zugunsten der gemischten Ernährung aus. Ein Punkt ist allerdings zuzugeben: die praktische kunstgerechte Durchführung dieser Kostform in einem Seuchenlazarett von vielen Hunderten von Betten und ausgesucht schwerem Krankenmaterial, in welchem an bestimmten Tagen über 300 Portionen „Breiform“ zur Ausgabe gelangen mußten, stellt an die Leistungsfähigkeit der Küche und des Personals erheblich größere Anforderungen als die Zubereitung von einigen 100 Litern Milch und Schleim. Aber schließlich handelt es sich in erster Linie um die Frage, welche Ernährungsart die zweckmäßigste ist; wie weit sie unter gegebenen Verhältnissen durchgeführt werden kann, läßt sich nur von Fall zu Fall entscheiden. In praxi setzte sich die „Breiform“ folgendermaßen zusammen. Für jeden Kranken wurde verausgabt: 4 Portionen = 2 l Milch, in welche nach Bedarf oder Belieben Schleim, Kakao, Hafermehl, Gustin, Hygiama usw. hineingegeben werden konnten. 3 Eier. 1 Portion = 100 g Zwieback. 1 Portion = 35 g Butter. 1 Portion Schabefleisch (= 150 g nach Abrechnung des Abfalls). 1 Portion Kartoffelbrei (= 600 g rohe Kartoffel + 0,1 l Milch + 0,015 g Butter). 1 Portion = ca. 120 g püriertes Gemüse (Gelbrüben, Blumenkohl, später Spinat). Bei festen Stühlen 1 Portion pürierten Apfelkompotts. 1 Portion = 0,3 l Tee. 1 Portion = 35 g Stückzucker. 1 Zitrone. Dazu Rotwein, Kognak, Sekt nach Bedarf bzw. ärztlicher Verordnung. Unmittelbar nach der Entfieberung kamen bei steigender Eblust hinzu: 1 Portion Milchreis und 1—3 altbackene Semmeln. Wenn man von den letztgenannten Zutaten absieht, so enthielt eine Tagesportion etwa 3500 Kalorien und etwa 120 g Eiweiß. Dabei war den **Schwester**n in der Verteilung auf die einzelnen Kranken eine gewisse Bewegungsfreiheit gelassen, welche ihnen gestattete, dem

größeren oder geringeren Nahrungsbedürfnis und Aufnahmefähigkeit — innerhalb enger Grenzen allerdings! — Rechnung zu tragen. Diese Ernährung erhielten die Kranken vom ersten Tage an bis etwa 3 Wochen nach der Entfieberung. Nur bei stärkeren Durchfällen, die aber verhältnismäßig selten waren, machte man gewisse Einschränkungen, wobei man dann das in Wegfall kommende Gemüse, Fleisch, Kartoffelbrei, Butter usw. nach Möglichkeit durch Plasmon, Nutrose, Ramogen, Hygiamma und ähnliche Präparate ersetzte. Diese „flüssige Form“ brauchte aber, je größer die Erfahrung wurde, desto seltener angewandt zu werden. Die Durchführung dieser Ernährungsart im Massenbetrieb eines Seuchenzentralazaretts setzt nun allerdings voraus:

1. eine peinliche, tägliche, eingehende und unermüdliche ärztliche Anleitung und Ueberwachung der Nahrungszubereitung in der Küche;

2. ein gewissenhaftes und geschicktes Schwesternpersonal, welches aus den ihm gewissermaßen in Rohform gelieferten Speisen wohlschmeckende und dem Geschmack des einzelnen angepasste Gerichte zuzubereiten versteht. Viele Schwestern sind hierin Künstlerinnen! Und auch darin, selbst appetitlosen Kranken in häufigen kleinen Mahlzeiten das ihnen zukommende Quantum beizubringen.

Es liegt nun auf der Hand, daß eine derart durchgeführte Ueberernährung — falls ihr nicht aus anderen Gründen gewichtige Bedenken entgegenstehen — ihre großen Vorteile haben muß: sie hebt die Widerstandskraft des Körpers gegenüber der schweren und oft lange dauernden Infektion! Die Kranken behielten auch während des Fieberstadiums ihr kräftiges Aussehen; die leichteren Fälle nahmen während der Fieberperiode überhaupt nicht oder nur unbedeutend ($1\frac{1}{2}$ —2 kg) ab; aber auch nach schwerer und langdauernder Erkrankung erholten sich die Patienten in der Rekonvaleszenz ganz auffallend und überraschend schnell. Für die Entstehung von Herzschwäche, Pneumonien, Dekubitus, Thrombosen ist der Ernährungs- und Kräftezustand gewiß nicht belanglos. Wichtig ist auch die durch die kompaktere Form der Nahrung und besonders durch das Kauen des harten Zwiebacks bewirkte tadellose Mundreinigung.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 23.)

Pyramidonbehandlung des Typhus. Von Müller de la Fuente (Schlangenbad). Verf. hat die von Moritz befürwortete Pyramidonbehandlung in ungefähr 50 Fällen durchgeführt, indem er Tagesgaben von 0,7 bis 1,0 Pyramidon in Einzelgaben von 0,1

verabfolgte. Der Erfolg war in der großen Mehrzahl der Fälle ein durchaus befriedigender insofern, als die Benommenheitszustände und Kopfschmerzen in kürzester Zeit verschwanden und subjektives Wohlbefinden erzeugt wurde. Die Beeinflussung des Fiebers ist verschieden: teils fehlt eine solche ganz, teils ist sie nur in den ersten Tagen der Pyramidonbehandlung bemerkbar; eine dauernde Herabsetzung der Temperatur kommt vor, ist aber seltener als die erstgenannten Typen. Das Mittel wird, in der angegebenen Weise dosiert, im allgemeinen auch längere Zeit hindurch gut vertragen; Vorsicht ist jedoch geboten, da Kollapse in einigen wenigen Fällen vorkamen, die zweifellos auf das Pyramidon zurückzuführen waren.

Diskussion. Herr Lagrèze (Bad Kudowa i. Schles.): Im Seuchenlazarett Knabenseminar ist eine Reihe von Typhusfällen konsequenter Pyramidonbehandlung (6 mal 0,1—6 mal 0,2) unterzogen worden, neben dieser ungefähr die gleiche Zahl aus dem gleichen Zeitraum mit Bädern. Die Fälle wurden nicht ausgewählt, waren meist mittelschwer, vereinzelt schwerer Art. — Abkürzung des Fieberstadiums und des Krankheitsprozesses tritt nach Pyramidon durchschnittlich nicht ein. Einzeln bei hoher Continua fehlte eine nennenswerte Wirkung überhaupt. Manchmal trat rasch vorübergehende Herabsetzung der Körperwärme ein trotz Weitergabe des Mittels, bei anderen sofortiger Abfall mit dauernder normaler Temperatur. Nachschübe und Rezidive wurden durch das Mittel nicht beeinflusst. Einzeln versagte das Pyramidon betreffs des Zentralnervensystems völlig. In leichteren Fällen wurden starke Kopfschmerzen bald gebessert. Bedenkliche Nachteile fanden sich nicht. Dreimal mußte das Mittel wegen schwerer Schüttelfröste, Herzenschwäche und Lungeninfarkt nach einiger Zeit abgesetzt werden. Einmal folgte dem Pyramidon wiederholtes Erbrechen. Bei allen anderen Kranken konnte die Behandlung trotz vereinzelt auftretender Schüttelfröste sowie gelegentlicher ernster Komplikationen, wie sie jeder Typhus mit sich bringen kann, bis zur Entfieberung durchgeführt werden. — Eine spezifische Wirkung des Pyramidons fehlt. Manche Fälle werden bezüglich Temperatur und subjektiver Erleichterung günstig beeinflusst. Bei hoher Continua kann man nicht auf sichere, gleichmäßige Wirkung rechnen. Unter sorgsamer Beachtung des Kreislaufs kann das Mittel unbedenklich versucht werden, wenn aus äußeren Gründen hydropathische Behandlung nicht durchführbar ist. Bei manchen Komplikationen, z. B. von seiten der Lunge, wird das Mittel eine vorsichtige Bäderbehandlung überhaupt nicht ersetzen können. Die letzteren kann man feiner abstufen und hat ihre Wirkung besser in der Hand.

(Kriegsärztl. Abende d. Festung Metz, März 1915.)

Die Behandlung der Typhusbazillenträger. Von Dr. F. Kalberloh (Reservelazarett V, Städt. Krankenhaus Frankfurt a.M.). „Als wir vor sechs Monaten bei unsern Kranken therapeutische Versuche aufnahmen, versprachen wir uns natürlich kaum einen Erfolg, zumal es sich zum Teil um sehr hartnäckige Fälle handelte. Um so überraschter waren wir, als wir nach einigen tastenden Versuchen Erfolge erzielen konnten, wie sie so glatt und regelmäßig, ich möchte fast sagen, wie eine spezifische Reaktion, bisher noch nicht beobachtet oder beschrieben wurden. Wir waren dabei ursprünglich von der Tatsache ausgegangen, daß sicherlich bei einem Teil der Bazillenträger die Keime im Darm, speziell in der Wand des Dünndarms, ihre Brutstätten haben, und wandten daher ein Mittel an, das stark bakterizid wirkt und zugleich geeignet erscheint, intensiv die Schleimhaut und damit die Schlupfwinkel der Bakterien anzugreifen. Wir wählten dazu die bisher innerlich noch fast gar nicht verwendete alkoholische Jodtinktur. Es zeigte sich dabei übrigens, daß man verhältnismäßig hohe Dosen ohne jeden Schaden intern geben kann. Wir verordneten 3—5 mal täglich 7—10—15 Tropfen in einem Glase Wasser eine halbe Stunde nach der Mahlzeit und haben selbst bei mehrwöchiger Anwendung, allein oder in Verbindung mit der gleich zu besprechenden Kohle, keine schädlichen Nebenwirkungen gesehen. Da jedoch dabei ein Dauererfolg nicht konstant eintrat, kombinierten wir das Jod mit Tierkohle (die Versuche mit dieser Kombination begannen Anfang Dezember), und zwar gaben wir 3—5 mal einen Teelöffel der Merckschen, mit Säure gereinigten trocknen Blutkohle, um, gestützt auf die bereits vorliegenden Erfahrungen mit diesem Mittel, die Wachstumsbedingungen für die Bazillen im Darm noch weiter ungünstig zu beeinflussen. Auch die Kohle wurde ohne jeden Schaden vertragen. Die angeblich bei Verabreichung dieses Mittels durch Adsorption der Fermente und Verdauungssäfte entstehende Appetitlosigkeit wurde nie beobachtet, im Gegenteil, die Leute nahmen selbst während der Behandlungsperiode stark zu. Die Kombination von Kohle und Jod — Kohle allein blieb wirkungslos — führte nun merkwürdig rasch zum Erfolg, und zwar wurde in einzelnen Fällen bereits nach 8 Tagen Keimfreiheit erzielt, die auch weiter fortbestand, nachdem das Mittel weggelassen wurde. Der Erfolg hat jetzt bei einzelnen Fällen über 4 Monate gehalten, bestätigt durch sorgfältige, in regelmäßigen 5—8 tägigen Zwischenräumen vorgenommene Stuhluntersuchungen. Ohne Einfluß blieb diese Medikation jedoch auf die Ausscheidung von Keimen im Urin. Es erklärt sich das daraus, daß das Jod wohl resorbiert wird, aber in den Harnwegen doch in zu großer Verdünnung auftritt, während ein Einfluß der Kohle ganz wegfällt. In solchen

Fällen gaben wir deshalb außerdem größere Dosen Urotropin und Salol, und zwar mit promptem Erfolg.“

(M. Kl. 1915 Nr. 21.)

Chinin als Präventivmittel gegen Typhus exanthematicus.

Von Dr. Jaromir Pečírka, k. k. Oberstabsarzt 1. Klasse (Prag).
Verf. empfiehlt, Chinin 20 Tage hindurch in der Dosis von 0,2 abends zu geben.

(Prag. m. W. 1915 Nr. 21.)

Eine Schutzvorrichtung gegen Flecktyphus. Von Sanitätsrat Dr. Gerwin, Oberstabsarzt d. R. und Chefarzt des Kriegsgefangenenlazaretts Wetzlar. „Nachdem infolge des Krieges auch in Deutschland in einzelnen Gefangenenlazaretten Fälle von Flecktyphus aufgetreten sind, ist jedes Mittel zu seiner Verhütung mit Freude zu begrüßen. Da es nun als ein sicheres Ergebnis wissenschaftlicher Forschung zu betrachten ist, daß Flecktyphus ausschließlich oder fast ausschließlich durch Läuse übertragen wird, so gilt in erster Linie der Kampf den Läusen innerhalb und außerhalb des Lagerlazaretts. Daß aber trotz kostspieliger Anlagen für Desinfektion und kostspieliger Anwendung von läusetötenden Mitteln die Läuseplage nicht zu beseitigen ist, wenigstens nicht in kurzer Zeit, weiß jeder, der einmal in einem Gefangenenlager tätig gewesen ist. Auch wenn der Kranke, bevor er auf die Isolierbaracke kam, aufs gründlichste mit 5 % iger Kresolseifenlösung behandelt ist, kann man noch nicht sicher sein, ob nicht einzelne Läuse sich der Aufmerksamkeit entzogen oder einzelne Eier unabgetötet geblieben sind. Auch ist das Lazarettpersonal, zumal das leichtsinnige französische, nicht immer ganz zuverlässig. Um den behandelnden Arzt nun möglichst zu schützen, lasse ich um jedes Bett eines Flecktyphusfalles bzw. Flecktyphusverdächtigen einen Holzrahmen auf den Fußboden nageln. Der Holzrahmen trägt oben eine Rinne, die mit 5 % iger Kresolseifenlösung gefüllt wird. Die mit der Rinne versehene Latte wird zur Abdichtung gegen den Fußboden nach unten mit 5 % igem Karbolparaffin bestrichen. Auf diese Weise ist es sicher verhütet, daß eine Laus aus dem Bette des Kranken in das Zimmer wandern kann. Selbstverständlich muß der Rahmen etwas größer sein als die Bettstelle. Wenn nun noch der Boden außerhalb des Rahmens häufiger mit 5 % iger Kresolseifenlösung abgeschwemmt wird und der Arzt bei der Untersuchung, die sich nur auf das Allernotwendigste zu beschränken hätte, die nötige Vorsicht walten läßt, wird er kaum von einer Laus belästigt werden und mit großer Wahrscheinlichkeit frei von Flecktyphus bleiben.“

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 23.)

Miſerfolge der Arrhenalbehandlung bei Rückfallfieber. Von Marineoberstabsarzt Prof. Dr. Mühlens, Marinestabsarzt Dr. Hegeler und Stabsarzt Dr. Canaan. „In einer Mitteilung über ‚Febris recurrens und sein Zusammentreffen mit Malaria in Nordsyrien‘ (Arch. f. Schiffs- u. Trophyg. 1912 H. 5) hatte Schneider berichtet, daß Arrhenal in Dosen von 0,05 g bei der Behandlung des Rückfallfiebers prompte Heilresultate ergeben habe. Auf Grund vieler Behandlungsversuche bei aus Nordsyrien stammender Rekurrens können wir irgendeine spezifische Wirkung des Arrhenals nicht bestätigen: Die Spirochäten verschwanden selbst nach intravenöser Injektion von wesentlich größeren Dosen (bis 0,2 g pro die) nicht. Relapse blieben trotz prophylaktischer Weiterbehandlung am 6. und 7. Tage nach Fieberabfall nicht aus, höchstens bei Kranken, die schon 2 oder 3 Anfälle gehabt hatten und die auch ohne Arrhenal vielleicht rückfallfrei geblieben wären. Die Arrhenalwirkung kann also mit der spezifischen Wirkung von Neosalvarsan in Dosen von 0,5—0,7 g und von Arsalyt in Dosen von 0,4—0,6 g nicht verglichen werden. Es kommt höchstens als roborierendes Mittel bei Rekonvaleszenten zur Geltung. Wir teilen diese Ergebnisse kurz mit, um bei eventuellem Auftreten von Rekurrens von Rußland her davor zu warnen, sich auf Arrhenal zu verlassen. Ausführliche Berichte können erst später erfolgen.“

(M. m. W. 1915 Nr. 21.)

Eine neue Methode der Blatternbehandlung. Von Dr. F. Traeger (Städt. Krankenhaus Kaaden). Eine Frau, welche im Stadium suppurationis am 2. Tage eingebracht wurde, brachte T. auf den Gedanken, ob man nicht die bekannte Mischung Alkohol. rectific. und essigsäure Tonerde verwenden könnte. T. hatte mit dieser Mischung seit Jahren schon manchen schönen Erfolg erzielt und dachte sich, wenn unter Umschlägen mit dieser Mischung Abszesse und entzündete Lymphdrüsen von Haselnußgröße unter einer dicken Haut zum Schwinden gebracht werden können, so müßten doch auch die Effloreszenzen der Variola, die ja nur von einer ganz dünnen Epidermis bedeckt sind, erst recht gut beeinflussbar sein. Er ordnete erst Umschläge mit Alkohol. retific. 1000 und essigsäure Tonerde 50 an, mit welcher Lösung Watte befeuchtet, über die Stirn gelegt und mit Billrothbattist bedeckt wurde. Er ließ außerdem die Brust, die Bauchhaut und den Rücken durch 3 Stunden mit diesen Umschlägen abwechselnd behandeln, und schon am nächsten Tage bemerkte er ein besonders günstiges Wohlbefinden der Frau mit Nachlaß des Fiebers. Am 2. Tage verloren die Blasen ihren Glanz, am 3. Tage zeigte sich deutliche Schrumpfung, am 4. Tage waren schon viele Effloreszenzen ver-

schwunden. Im Verlaufe der nächsten Tage war von den ursprünglich vollständig ausgebildeten Blattern nichts mehr zu sehen als ein lindgefärbter Fleck; es hatten sich nicht einmal Borken gebildet. Während der Behandlung dieses Falles brach im Waisenhause eine kleine Epidemie aus. Es erkrankten im Verlaufe von 2 Tagen 13 Knaben und 1 Mädchen an echten Blattern, darunter einige Fälle von Variola confluens, durchweg schwerere Fälle mit drei Ausnahmen. Auch hier wurde bei sämtlichen Kindern dasselbe Verfahren eingeleitet und mit glänzendem Erfolge. Die Kinder, die schon teilweise bis $39,5^{\circ}$ fieberten, verloren ihr Fieber im Verlaufe von 2 Tagen. Die Effloreszenzen bildeten sich genau, wie oben geschildert, rasch zurück, ohne in den meisten Fällen zur Narbenbildung zu führen. Das zum Teil getrübtte Bewußtsein hellte sich am 3. Tage auf. Sämtliche 9 schwereren Fälle sind hergestellt. Die Umschläge übten außerdem eine direkt schmerz- und juckstillende Wirkung aus. (Ther. d. Gegenw. 1915 Nr. 5.)

Salvarsaninfusionen bei Scharlach. Von Dr. F. Glaser (aus der II. Inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses in Berlin-Schöneberg). Das Salvarsan heilt in vielen Fällen das Scharlachdiphtheroid ab. Auch das Fieber und die Benommenheit werden oft günstig beeinflusst. Auf die toxischen Fälle übte das Mittel keinen Einfluß aus. Die Scharlachkomplikationen wurden nicht verhütet. In über der Hälfte der Fälle traten bei einer Dosierung des Mittels von 0,1 g auf 10 kg Körpergewicht Schüttelfrost, Erbrechen und Durchfall auf. (D. m. W. 1914 Nr. 38.)

Fortschritte in der Therapie der Diphtherie. Von Priv.-Doz. Dr. B. Schick (k. k. Univers.-Kinderklinik Wien). Verf. gibt folgende Vorschriften: Möglichst frühzeitig das Serum injizieren! In leichteren Fällen 100 I. E. pro 1 kg, in schwereren (große Ausdehnung des Primärherdes, Neigung zur Progredienz) 500 I. E. pro 1 kg, und zwar intramuskulär. Wiederholung der Injektion im allgemeinen überflüssig. Zu Immunisierungszwecken genügen 50 I. E. pro 1 kg. Schädigung des Zirkulationsapparates bekämpfe man rechtzeitig: reichliche Flüssigkeitszufuhr (kleine Mengen öfters geben!), event. Kochsalzinfusion, Tropfklysmen). Prophylaktisch frühzeitig Kampfer, Coffein, Digitalis, ferner Adrenalin (5 Tropfen der Lösung 1 : 1000) + 1 cm³ Hypophysin 2—3 mal täglich subkutan. — Im einzelnen wird bei schwerer Diphtherie ungefähr folgende medikamentöse Anordnung durchzuführen sein: Schon im Beginn der Erkrankung Cardiaca (Digitalisinfus oder Digalen 3 mal täglich 5 Tropfen und Coffein (0,1—0,5) intern. Ist die Resorption vom Magen aus gestört, so empfiehlt sich die subkutane Verabreichung von Digifolin

0,1 dreimal subkutan. Bei Verabreichung kleinerer Digitalisdosen tritt Kumulierung relativ spät ein. Gegen Ende der 1. Woche bei etwas sinkendem Blutdruck ist abwechselnd Coffein, Kampfer, Adrenalin und Pituitrin in etwa 4stündigen Intervallen zu injizieren. (M. m. W. 1914 Nr. 35.)

Einen Versuch, den Heuschnapfen durch Röntgenstrahlen zu beeinflussen, machte Dr. Karl Schmidt, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Halberstadt, bei sich selbst und bei einer Patientin. Bei beiden Fällen war schon alles Mögliche ohne Erfolg versucht worden. Die Röntgenstrahlen hätten offensichtlichen Erfolg, und Verf. empfiehlt, nach Ausbruch der Erkrankung mindestens 2 Bestrahlungen in 14tägigem Abstand mit je $\frac{1}{8}$ Erythemdosis nach Labourand-Noiré. Er benutzte eine kleine Burger-Therapieröhre, ca. 7—8 Wehnelt Härtegrad und einen Bleiglastubus von einem Durchmesser, daß gerade beide Nasenöffnungen voll getroffen wurden und sich eine Abdeckung des Gesichts und der Augen erübrigte. (M. m. W. 1915 Nr. 23.)

Kasuistischer Beitrag zur Behandlung der Basedowschen Krankheit mittels Röntgenbestrahlung. Von Dr. Richard Sielmann in München. Zusammenfassung der Erfahrungen:

1. Jeder Fall von M. B. ist, nach Versagen der medikamentösen und sonstigen Behandlung, der Röntgentherapie zuzuführen, da bei Beherrschung der Technik Hautschädigungen mit größter Wahrscheinlichkeit zu vermeiden sind und etwaige Verwachsungen, die eine nachfolgende Operation komplizieren, nicht in jedem Falle aufzutreten brauchen.
2. Bei Versagen der Röntgentherapie tritt die Operation in ihre Rechte.
3. Hat auch die Operation keinen vollen Erfolg, ist wiederum Röntgentherapie indiziert. (M. m. W. 1914 Nr. 48.)

Thiokol hat Ob.-A. Dr. O. Juliusburger (Lankwitzer Kuranstalten Berlin) mit bestem Erfolge bei den Darmstörungen angewandt, die sich oft während oder nach einer Morphiumentziehungskur entwickeln. Es wirkte hier sowohl wie bei den verschiedenen Magendarmstörungen auffallend günstig ein (Dosis: 2—3 mal je 2 Tabletten), besonders antidiarrhoisch, und dürfte auch bei Dysenterie gute Dienste leisten und das Opium ersetzen.

(D. m. W. 1914 Nr. 42.)

Erfahrungen mit Jod-Prothaemin. Von Dr. Paul Korb, aus dem Diakonissen-Krankenhaus „Bethanien“ in Liegnitz. Das

Jod-Prothaemin (Firma Goedecke & Co. in Berlin) wurde von allen Kranken, Erwachsenen wie Kindern, Männern wie Frauen, jederzeit gern genommen und rief nie irgendwelche nennenswerten unangenehmen Beschwerden hervor, wie wir sie sonst bei längerem Gebrauch des Jods leider nur zu oft zu beobachten Gelegenheit haben. Es hat nie auf den Organismus eine schädigende Wirkung ausgeübt, und Verf. glaubt mit gutem Gewissen das neue Präparat als eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes bezeichnen zu dürfen, das neben dem reinen Prothaemin vor allen Dingen in solchen Fällen angezeigt sein dürfte, bei denen man außer einer Hebung des Allgemeinbefindens durch eine Darreichung von Jod für längere Zeit in spezifischer Weise eine Besserung des eigentlichen Krankheitsprozesses erzielen und die so lästigen Nebenwirkungen des Jods vermeiden will. (D. m. W. 1914 Nr. 38.)

c) Augenkrankheiten.

Ratschläge für die erste Wundbehandlung bei Augenverletzungen im Kriege. Von Oberstabsarzt Dr. C. Bahr. Es handelt sich um die wichtige Frage: Wie kann der Feldarzt schon beim ersten Notverband die Gefahr von Infektionen und ihren deletären Folgen mit möglicher Sicherheit vermeiden? Und da gibt es ein einfaches, in seiner Wirkung geradezu klassisches Mittel, welches außerdem jedem Feldarzt direkt zugänglich ist, das ist die offizinelle 10proz. Jodtinktur. Da das Verfahren ziemlich schmerzhaft ist, so empfiehlt es sich, das Auge zunächst mit sterilisierter Kokainlösung gründlich zu anästhesieren. Steht indessen ein Anästhetikum nicht zur Verfügung, so ist es geraten, auch ohne dasselbe den Eingriff vorzunehmen. Denn es ist in jedem Fall besser, einige Stunden Schmerz auszustehen, als Gefahr zu laufen, das Augenlicht zu verlieren. Inzwischen wird eine feine Pinzette mit einem kleinen Watte- oder Gazebausch an ihren beiden Enden so umwickelt, daß diese fest zusammenschliessen. Das Bäuschchen wird in Jodtinktur eingetaucht und soweit mit derselben durchtränkt, daß beim Tupfen keine Flüssigkeit unbeabsichtigt zerfließt. Dann werden die seitlichen Wundränder und vorgefallenen Teile (Regenbogenhaut und selbst Glaskörper) in innige Berührung mit der Jodtinktur gebracht, so daß sie sich dunkelbraun verfärben. Man muß Vorsicht üben, keine Teile, welche unverletzt sind, zu berühren, da unnötige Schmerzen dadurch hervorgerufen werden. Auch empfiehlt es sich, die Bindehaut, soweit dieselbe nicht selbst verletzt ist, mit der Berührung der Jodtinktur zu verschonen, da dieselbe unangenehmer und infolge ihrer lockeren Struktur länger auf den Schmerz reagiert. Die zunächst braun gefärbten Stellen der Hornhaut machen, mit der Tränenflüssigkeit in Berührung

gebracht, bald einer trüben Grauverfärbung Platz, um sich nach spätestens 24 Stunden wieder vollkommen zu klären. Eine dauernde Trübung gesunder Hornhaut wurde nie beobachtet. Nach der Jodbetupfung, welche man am besten unter Elevation des oberen Lides durch einen Desmarres oder, falls dieser oder eine Lidklemme nicht vorhanden, durch Gegendruck des Oberlides gegen den knöchernen Augenhöhlenrand seitens eines Assistenten vornimmt, hält man die Lidspalte noch einige Minuten offen unter Auflegung eines mit gekochtem oder sterilem Wasser durchtränkten Wattebausches, um die intensive Berührung der Lidbindehaut mit den flüssigen Jodresten nach Möglichkeit zu vermeiden. Dann verschließt man das Auge mit einem feuchten oder gewöhnlichen Okklusivverband. Die Schmerzen sind 'zunächst ziemlich heftig und halten zuweilen Tag und Nacht an. Durch fortgesetzt angewandte heiße Umschläge mit gekochtem Wasser von stundenlanger Dauer mit gleichlangem Intervall können sie wesentlich vermindert werden. Spätestens am Tage nach dem Eingriff ist bei frischen Fällen jeder Schmerz verschwunden und die Verletzung in Heilung begriffen. In diesem Zustand ist der Patient, falls es sich nicht um ausnahmsweise große, klaffende Wunden oder im Bulbus zurückgebliebene Fremdkörper handelt, ohne weiteres mit gutem Verband versehen transportabel und kann 2—3 Tage unverbunden bleiben. Sind noch wesentliche Schmerzen vorhanden, so ist dies ein Zeichen, daß bereits vorhandene Infektion noch nicht beseitigt wurde, und der Eingriff muß ein zweites Mal, vielleicht noch gründlicher vorgenommen werden. Verf. bemerkt aber ausdrücklich, daß dies zu den großen Seltenheiten gehört, selbst dann, wenn offensichtliche Infektionserscheinungen schon vorhanden waren. Man braucht kein Bedenken zu tragen, selbst große oder weit klaffende Perforationswunden, auch solche des Corpus ciliare, auf die beschriebene Art zu behandeln. Dort, wo eine konjunktivale Deckung als sofortiger Eingriff indiziert erscheint, kann dieselbe auch ohne Befürchtung später vorgenommen werden, und die Schmerzen sind nicht größer, als wenn es sich um eine kleine Hornhautätzung handelte. Die Erfahrungen, welche Verf. mit dieser Behandlung selbst bei vorliegenden schweren Infektionen und im Felde unter den ungünstigsten Verhältnissen gemacht hat, sind derartig günstig, daß er das einfache und besonderer technischen Ausbildung nicht erfordernde Verfahren nur dringend den Ärzten bei der Truppe und auf den Hauptverbandplätzen empfehlen kann. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 20.)

Salvarsan bei Herpes zoster ophthalmicus. Von Prof. Dr. H. Gebb. Aus der Kgl. Universitäts-Augenklinik zu Greifswald.

Verf. beschreibt 2 Fälle: Im ersten, zweifellos schweren Falle sah Verf. bei alleiniger Anwendung des Salvarsans eine überraschend schnelle Heilung des Prozesses der Haut eintreten. Schon am 2. Tage nach der Einspritzung zeigte sich subjektiv und objektiv eine Besserung, indem die Beschwerden der Spannung zurückgingen und die Bläschen anfangen zusammenzufallen. Am 4. Tage war die Schwellung ganz wesentlich geringer. Nur noch Reste der Bläschen waren zu sehen, und auch die tieferen Geschwüre waren im Stadium der Reinigung. Am 8. Tage (nach einer inzwischen erfolgten zweiten Salvarsaninjektion) war die Reinigung der nekrotischen Geschwüre fast vollständig — die kleineren Defekte waren schon zum Teil vernarbt — und am 11. Tage war die Ulzeration der Haut vollständig abgeheilt bzw. vernarbt. Auf den Hornhautprozeß dagegen äußerte weder die erste noch die zweite Salvarsaninjektion einen Einfluß. Es kam zur Geschwürsbildung am Hornhautrande, die mehrere Wochen bis zur völligen Heilung gebrauchte und eine ziemlich dichte Narbe hinterließ. — Auch in einem zweiten Fall war im Anschluß an die Salvarsaninjektion der Erfolg unverkennbar. Schon nach ca. 48 Stunden machten sich die ersten Zeichen einer Besserung geltend: Die Spannung an der erkrankten Partie ließ nach, die Bläschen fingen an sich zurückzubilden. Nachdem dann am 3. Tag ein Teil der Bläschen schon verschwunden war, konnte Verf. am 4. Tage nur noch einzelne gefüllte Bläschen feststellen, die übrigen waren in Abheilung begriffen. Die Spannung an der erkrankten Hautpartie war fast vollständig geschwunden. Am 5. Tage (nach einer zweiten Salvarsaninjektion) war die Röte der Haut nur noch angedeutet; die letzten Bläschen waren in sich zusammengefallen. Am 7. Tage war die Kranke völlig beschwerdefrei. An Stelle der Bläschen waren nur zarte, rote Stellen in der Haut zu erkennen.

(M. Klin. 1914 Nr. 26.)

d) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Purium, ein neuer Steinkohlenteerester, Fabrik Dr. F. Michaelis in Berlin-Schönberg, hat Dr. Chajes (Berlin-Schöneberg) bei ca. 400 Pat. benutzt (Ekzeme, Herpes tonsurans, Lichen, Psoriasis etc.). Auf Grund seiner Erfahrungen erscheint Verf. das Purium als ein Präparat, das unter den zurzeit bekannten Steinkohlenteerpräparaten die Wirkungsweise des unverdünnten Steinkohlenteers am ehesten erreicht, dabei aber auch eine Applikation in schwächeren und stärkeren Konzentrationen ermöglicht, die unangenehmen Nebenerscheinungen des unverdünnten Steinkohlenteers, Geruch und Farbe, vermeidet und auch durch seine Preissetzung seine Verwendung besonders in der Kassenpraxis zuläßt.

(Derm. Wsch. 1914 Nr. 42.)

Ueber die *Pasta kali chlorici cum creta* schreibt Dr. Paul Unna jun.: „Wohl der größte Teil der heutigen Männer kennt die roten Striemen, die durch Scheuern der gestärkten Kragenträger auf der Haut des Halses hervorgerufen werden. Die unschuldige Affektion kommt sogar nicht selten in der Sprechstunde des Dermatologen zur Sprache. Wenn auch nach Weglassung des Kragens die Dermatitis leicht abheilt, so bleibt doch noch viele Stunden ein unangenehmes, schmerzhaftes Gefühl, häufig auch Jucken übrig, und im Anschluß daran können sich, wie jeder weiß, Follikulitiden und Furunkel oder hartnäckige Ekzeme entwickeln. Gerade das Juckgefühl war es, wodurch ich eines Tages mich bewogen fühlte, nach einem lindernden Medikamente mich umzusehen. Eine Mentholalbe war zur Hand, die auch das lästige Jucken für einige Zeit vertrieb, aber dafür ein Brennen hinterließ und die Affektion eher verschlimmerte. Ganz instinktiv griff ich damals zu der Pebecotube, die auf meinem Waschtische lag, und rieb mir den Hals ein. Der Erfolg war verblüffend. Es brannte eine Weile; das Jucken war momentan verschwunden, und da die Paste rasch trocknete, war ich binnen kurzem imstande, wieder einen Kragen umzubinden, ohne weitere Beschwerden zu haben. Der rasche Erfolg brachte mich auf die Idee, diese ausgezeichnet eintrocknende Paste in größerem Maße als bisher für die äußere Behandlung bei Hautleiden zu gebrauchen. Im Verlauf der Versuche stellte es sich dann heraus, daß die *Pasta kali chlorici cum creta* auch als Hautmittel verschiedene gute Eigenschaften besitzt. Sie trocknet sehr rasch, fast momentan, und bildet eine feste Decke auf der Haut, die, einmal eingetrocknet, keine weiteren Wirkungen mehr ausübt. Die Paste ist absolut reizlos. Dieses Verhalten konnte ich an einer Patientin, die nach Röntgenbestrahlung eine Ueberempfindlichkeit der Gesichtshaut davongetragen hatte, beobachten. Alle Kühsalben, Schüttelmixturen, Umschläge und die meisten Puder reizten. Versuchsweise wurde auch hier die Paste aufgetragen und trocknete wirklich die stark nässende, von Bläschen bedeckte Wangenhaut so aus, daß eine völlige Heilung vorzuliegen schien. Allerdings traten später wieder Rezidive ein. Dieser momentane Erfolg jedoch regte nun systematische Versuche mit der Paste an. Ich übergehe die Vorversuche und erwähne nur die Affektionen, bei denen sich die Paste bewährte. Es sind dies die Folliculitis staphylogenes des Rückens, die Akne pustulosa, papulopustulöse und follikuläre Ekzeme des Rumpfes auf fettreicher Haut, sodann alle Arten von Follikulitiden, die im Verlaufe der Behandlung anderer Hautkrankheiten auftreten. Schließlich kann sie sehr gut als Polierpaste bei der Politur von Akne pustulosa verwendet werden. Die Kalichlorikumkreide-

paste ist überhaupt ein ausgezeichnetes Hilfsmittel bei dem Polieren, wobei auch noch die Schmerzhaftigkeit des letzteren durch das Menthol der Paste teilweise aufgehoben wird. Bei Akne und bei allen hartnäckigen Follikulitiden setzt man der Paste zweckmäßig noch 5—10% Schwefel zu, wodurch die Pickel rascher eintrocknen und desinfiziert werden. Die günstige Wirkung bei papulopustulösen Ekzemen gleicht der Wirkung, die oben bei der Kragenranddermatitis geschildert wurde. Bei intertriginösen Ekzemen dagegen kann infolge der großen Feuchtigkeit und Wärme die Paste nicht eintrocknen; sie backt vielmehr zu Klumpen zusammen. Diese Affektion eignet sich daher nicht für die Behandlung mit der Kalichloratkreidepaste. (Derm. Wschr. 1914 Nr. 39.)

Zur Anwendung des synthetischen Kampfers in der Dermatologie. Von Dr. R. Kaufmann. Da infolge des Krieges die Zufuhr des natürlichen rechtsdrehenden Laurineenkampfers, der vorwiegend aus Japan eingeführt wird, unterbunden ist, ist man genötigt, auf den synthetischen Kampfer zurückzugreifen. Nun sind aber bis jetzt klinische Beobachtungen über die Wirkung des seit etwa 10 Jahren dargestellten synthetischen Kampfers nicht veröffentlicht worden. Daher wurden in der Universitätsklinik Frankfurt a. M. vom Verf. Versuche betreffend äußere Anwendung des synthetischen Kampfers gemacht. Die Zahl der beobachteten Fälle beträgt über 40, und zwar wurden behandelt: *Ulcers cruris varicosa*, Karzinom des Gesichtes, Schußwunden, Furunkel, vereiterte Bubonen, gummöse Geschwüre, *Ulcers dura* und *Ulcers mollia*, wovon mehrere phagedänischen Charakter hatten. Aus diesen Versuchen ergibt sich, daß der inaktive synthetische Kampfer bei äußerer Anwendung dem natürlichen Japankampfer nicht nur gleichwertig ist, sondern ihn an Wirksamkeit noch etwas übertrifft. Weitere Vorzüge gegenüber dem natürlichen Kampfer sind seine Reinheit, seine desodorisierende Wirkung und zurzeit sein billiger Preis. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 9.)

Ammoniumpersulfat bei Gonorrhoe. Von J. Schumacher, Berlin. Nach den mitgeteilten Krankengeschichten und den übrigen gemachten Erfahrungen kommt Verf. zu dem Resultat, daß Ammoniumpersulfat die Silberpräparate bei der Behandlung der Gonorrhoe völlig ersetzen kann, ja sie in gewissen Eigenschaften sogar übertrifft. Seine Hauptvorzüge gegenüber den Silberpräparaten sind außer seiner absoluten Reizlosigkeit seine sekretionsbeschränkende Wirkung, die wahrscheinlich zum größten Teil auf hochgradiger oxydativer Zerstörung der Toxine und dadurch aufgehobener positiver Chemotaxis beruht. Ferner, daß seine Lösungen absolut wasserklar sind,

keine Flecke in Wäsche von Arzt und Patient, auch nicht nach Einwirkung des Lichtes. erzeugen und seine Tabletten momentan wasserlöslich sind. Es eignet sich auch zur Behandlung anderer bakterieller Infektionen und kann somit eine allgemeinere urethrale Anwendung finden. Daß es in fester Form zu prophylaktischen Zwecken dienen kann, wird ein weiterer Vorteil sein. Sein billiger Preis endlich dürfte seine Verbreitung ungemein erleichtern. Als einziger Nachteil des Präparates kommt in Betracht, daß Metallgegenstände durch die stark oxydierenden Eigenschaften des Präparates angegriffen werden, wenn sie längere Zeit in den Lösungen liegen, was sich jedoch vermeiden läßt, wenn sie gleich nach Gebrauch mit Wasser abgespült werden. Aus diesem Grunde verwendet man zweckmäßig Kautschukglasspritzen an Stelle von Metallspritzen, wenn keine Janetsche Einrichtung zur Gonorrhoebehandlung vorhanden ist. Technisch wurde folgendermaßen verfahren; Rechtzeitig erscheinende Patienten wurden einer Abortivbehandlung unterworfen. Nach spontaner Harnentleerung wurde von Anfang an die Anterior und Posterior mit der 1%igen Lösung nach Janet gespült. Nach der Spülung wurde die Blase entleert, und der Patient erhielt nochmals eine Blasenfüllung von ungefähr 150—200 ccm, die er möglichst lange bei sich behalten sollte. Zu Hause wurde anfänglich eine 1%ige Lösung, später eine 2%ige injiziert, die man 8 Minuten einwirken ließ.

(Derm. Wschr. 1915 Nr. 7.)

e) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Weitere Erfahrungen mit Pituglandol in der Geburtshilfe. Von Sachs (Königsberg). S. hat das Mittel stets unverdünnt angewendet. Bei der gewöhnlich geübten subkutanen oder intramuskulären Injektion tritt die Wirkung nach 10—20 Minuten ein. Bei der intravenösen Injektion, die stets sehr langsam ausgeführt wurde, wird eine viel schnellere Wirkung erzielt. Hierbei ist die Wirkung auch intensiver und zuverlässiger und tritt bisweilen auch dann ein, wenn wiederholte subkutane Gaben keinen Erfolg gehabt haben. S. berichtet über 289 Fälle, davon 117 in der Eröffnungsperiode, 139 in der Austreibungsperiode und 33 in der Nachgeburtsperiode. In 19 Fällen blieben nach der Injektion die Wehen aus. Dafür werden verantwortlich gemacht: Schwangerschaftszustand, Ueberdehnung und einzelne Fälle von vorzeitigem Blasensprung und mangelndem Druck eines vorangehenden Teiles auf die Cervix. Unter denselben Bedingungen wurden in anderen Fällen recht gute Wehen erzielt. Hinsichtlich der Wirkung auf den Geburtsfortgang entfallen die meisten Versager auf Rigidität der Weichteile. Beckenschwierigkeiten wurden viel besser überwunden. S.

erwartet, daß durch Anwendung der intravenösen Injektion aus der Therapie des engen Beckens alle prophylaktischen Wendungen und zahlreiche Wendungen wegen Asphyxie sowie viele hohe Zangen schwinden werden. Der tiefe Querstand konnte von 7 Fällen 5 mal überwunden werden. Auch bei Placenta praevia leistet Pituglandol nicht allzu selten gute Dienste. Doch rät S. hier zur Vorsicht mit der intravenösen Injektion. Von unbestrittenem Werte ist die Auwendung zur Fixation des Kopfes. In der Nachgeburtsperiode wurden, besonders bei intravenöser Darreichung, stets gute und erfolgreiche Wehen erzielt. Die Lösung der Placenta blieb nur bei pathologischen Verhältnissen aus, die manuelle Lösung erforderten. Strikturen wurden in solchen Fällen nie beobachtet. Nach Ausstoßung der Placenta wurden Versager nicht beobachtet. Bei geschädigtem Kinde ist Pituglandol nur dann zu geben, wenn man die Geburtsbeendigung stets in der Hand hat, oder wenn das Kind auf keine andere Art gerettet werden kann. Gefahren für die Mutter, lokaler oder allgemeiner Art, werden im wesentlichen verneint. Bei Eklampsie dürfte zur Herabsetzung des Blutdruckes ein Aderlaß vorausgeschickt werden. Bei habituellen Nachgeburtsblutungen ist die kurz vor Beendigung der Geburt gegebene Pituglandolinjektion durch keine andere Therapie zu ersetzen. Bei Erstgebärenden mit engem Becken und geschädigtem Kinde, besonders auch bei alten Erstgebärenden mit rigidem Damm, ist ein Versuch mit Pituglandol gefährlich. — Indikationen: 1. Wehenschwäche, 2. alle Fälle, die auch bei guter Wehentätigkeit Geburtsbeschleunigung erheischen, 3. enges Becken mäßigen Grades, 4. tiefer Querstand, 5. mangelhafte Bauchpresse, 6. um den Kopf zangengerecht in das Becken zu pressen, 7. drohende Asphyxie, 8. in der Nachgeburtsperiode, um die Placenta zu lösen und gute Uteruskontraktion zu erreichen. — Kontraindikationen: Quer- und Schief lagen, Rigidität der Weichteile, sehr gesteigerter Blutdruck. — Selbstverständlich ist Pituglandol nur nach innerer Untersuchung anzuwenden. Das Mittel ist in Pausen von etwa 1 Stunde bis zu 20 mal ohne Schaden ertragen worden.

(Mschr. f. Geburtsh. 1914 H. 5. — Zbl. f. Gyn. 1915 Nr. 5.)

Ueber Mastkuren und Verwendung des Biocitins bei gynäkologischen Erkrankungen. Von Prof. Dr. R. Birnbaum, Göttingen. Bei Affektionen wie Metroendometritis und Retroflexio uteri leidet meist stark das Allgemeinbefinden, der Appetit, die Ernährung, und es kommt zu Neurasthenie, Hysterie. Neben anderen Maßnahmen spielt hier eine Mastkur eine wichtige Rolle. Was die Art der Mastkur betrifft, so bevorzugt Verf. in der Regel ein Verfahren, das von Weir-Mitchell begründet und von Binswanger

modifiziert ist. Ohne auf den genauen Speisezettel hier näher einzugehen, mögen nur die Grundzüge dieses Verfahrens hier angedeutet werden. Alle 2 Stunden werden 200 g Milch verschiedener Art, allein oder mit Zusätzen (Kochsalz, Zucker, kohlensaures Natrium, gebrannte Magnesia, Kalkwasser, geschlagenes Eiweiß, Arrow-rot, Orangenblütentee, Pomeranzentropfen, Kakao, Kaffee, Kornkaffee, Tee, Kognak, Rum, Arrak usw.) gereicht. Nach 3—4 Tagen ersetzt bzw. bereichert man die Milchportionen durch kleine Gaben von Mehlspeisen, Grützen, Butterbrot, am besten Grahambrot, Schrotbrot, Weißbrot, Puddings, Kuchen, Suppen, Fleisch, Kompotts, eichtere Gemüse (Kartoffelbrei, Spinat, Salat, Blumenkohl, grüne Erbsen, Schnittbohnen, Tomaten). Schließlich erhöht man die Milchmengen auf 2—3 Liter Milch, die übrigen Speisen auf 400 g Fleisch, 100—150 g Gemüse oder Kompott, 100 g Fett, hauptsächlich Butter, 250 g Weißbrot, einschließlich Zwieback, 350 g Suppe, event. eine halbe Flasche Wein. Man braucht sich selbstverständlich nicht streng an diese Vorschriften zu halten. Bei Aversion gegen bestimmte Formen dieser Nahrungsmittel kann man diese einschränken oder ganz weglassen und dafür bei andern zulegen. Eine große Rolle spielen gerade bei der Therapie derartiger Unterernährungen die Nährpräparate. Sie unterstützen unsere Bestrebungen gerade in der ersten Zeit der Mastkur, wo die Zufuhr von Nahrungsmitteln infolge des schlechten Appetits oft auf Schwierigkeiten stößt. Bei hochgradigen Schwäche- bzw. Erschöpfungszuständen sind sie geeignet, den Kranken über das oft kritische Stadium hinwegzuhelfen. Da verschiedene dieser Präparate einen ganz offenbaren günstigen Einfluß auf die Hebung des Appetits besitzen, so ist, abgesehen von der Vermehrung des Körpergewichts, dieser Einfluß bei derartigen Kranken, deren Appetit, wie erwähnt, oft ganz darniederliegt, nicht hoch genug anzuschlagen. Verf. bevorzugt in neuerer Zeit in der Regel das Biocitin, ohne den zahlreichen übrigen Präparaten ihre therapeutische Wirksamkeit absprechen zu wollen. Verf. hat das Mittel etwa in 80 Fällen längere Zeit hindurch gegeben. Meist handelte es sich um Patientinnen, die in der Klinik dauernd beobachtet werden konnten. Es wurden durchschnittlich 3—4 mal täglich 1—2 Teelöffel in Wasser, Milch, Kakao, Bier oder Wein verabfolgt. In der Regel gelingt die Zuführung des Präparats am besten in der Vermischung mit Wasser oder noch besser mit Wein. Die Indikationen waren in der großen Mehrzahl die oben angegebenen. Doch wurde das Präparat auch mit sichtlichem Erfolg in der Rekonvaleszenz nach eingreifenden Operationen, besonders bei schon vorher stark geschwächten Frauen, ferner bei Wöchnerinnen, besonders auch bei Bauchfelltuberkulose verabfolgt. Die Erfolge waren so günstig, daß die Krankenschwestern

bei Wechsel des Nährpräparats mich immer wieder bat, zum Biocitin zurückzukehren. Das Präparat wurde fast immer, besonders, wie erwähnt, in Wein gern genommen. In der Regel war die Zunahme des Gewichts, die Besserung des subjektiven Befindens, das bessere Aussehen unverkennbar. Nicht hoch genug anzuschlagen ist der erwähnte günstige Einfluß des Präparats auf den Appetit, den Verf. sonst bei keinem andern Nährpräparat in dem Maße kennen gelernt hat. (B. kl. W. 1914 Nr. 51.)

Thigasine in der gynäkologischen Praxis. Von Dr. W. Schönwitz (Klinik von Prof. Nagel, Berlin). Sehr befriedigende Erfolge bei Pruritus vulvae. Die Anwendung des Thigasins nehme man in der Weise, daß man die zu behandelnden Stellen mit Gaze reinigt und dann mit einer ziemlich dicken Schicht Thigasine bedeckt. Schädliche Folgen oder unangenehme Erscheinungen bei der Behandlung mit Thigasine hat Verf. in keinem Falle gesehen. Die Patientinnen waren mit der bequemen Anwendungsart dieses Mittels außerordentlich zufrieden. Verf. glaubt, daß die entzündungshemmende, resorptionsbefördernde und juckreizlindernde Wirkung dem Thigasine einen bleibenden Platz im Arzneischatz des Gynäkologen sichern wird. (Ther. d. Gegenw. 1915 Nr. 2.)

Apparate und Instrumente.

Spitzfußstiefel. Von Prof. Dr. A. Ritschl (Aus dem orthopädischen Institut der Universität Freiburg i. B.). Das häufige Vorkommen schlaffer Lähmungen der Fußstrecker infolge von Verletzungen des Nerv. peroneus bei den verwundeten Kriegern hat das Bedürfnis nach einer einfachen Vorrichtung zur Korrektur des Spitzfußes besonders hervortreten lassen. Verf. hat in letzter Zeit mehrfach mit Erfolg von folgender leicht herstellbaren Einrichtung Gebrauch gemacht: Der Absatz eines gewöhnlichen Stiefels — am besten eines kräftigen Schnürschuhes — wird in seinem hinteren Abschnitt mit zwei $1-1\frac{1}{2}$ cm voneinander entfernten, wagerecht von hinten nach vorne verlaufenden, $2\frac{1}{2}-3$ cm langen Bohrlöchern versehen. In diese schlägt man die in gleicher Länge rechtwinklig abgebogenen Enden eines längeren, entsprechend gebogenen Drahtstückes. Als Material dient zweckmäßig 2—3 mm starker Silber- (Klaviersaiten-) Stahldraht, wie man ihn zur Verstärkung von Zelluloidapparaten (Lange) zu benutzen pflegt. Oberhalb der Kappe des Stiefels werden die beiden Drähte mit einigen Nähten am Leder befestigt. Das obere bogenförmige Mittelstück des Drahtes biegt man entsprechend der Oberfläche des Unterschenkels leicht konkav und benäht es mit einem Filzstück. Ein Schnallgurt, auf der

äußeren Seite der Filzplatte befestigt, dient dazu, das obere Ende des Drahtes am Unterschenkel zu befestigen. Um die Drähte vor dem Rosten zu schützen und sie im Bereich des Stiefels unbemerktbar zu machen, werden sie mit Streifen schwarzen Leders umgeben. Je mehr man die beiden Drähte oberhalb der Stiefelkappe nach vorn abbiegt, um so mehr wird der Fuß, wenn die Vorrichtung in Tätigkeit tritt, in die Beugung rückwärts gedrängt. Es läßt sich somit der Grad der Stellungsverbesserung den Bedürfnissen entsprechend beliebig verstärken und abschwächen. Dabei gestatten die nicht allzu starken, elastischen Drähte noch eine aktive Beugung sohlenwärts, so daß dem Fußgelenk eine gewisse Betätigungsmöglichkeit verbleibt. Verf. empfiehlt den einfachen und nur geringe Kosten beanspruchenden Apparat, der sich ohne Hilfe eines geschulten Technikers an jedem Stiefel leicht anbringen läßt, zur Nachprüfung.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 23).

Eine billige Gehhülse. Von San.-Rat Dr. P. Köhler (Aus der Kinderheilstätte Bad Elster). Für Kranke, bei denen es sich darum handelt, ein Bein ruhigzustellen und zu entlasten, hat sich Verf. seit Jahren eine einfache Gipsgehschiene bewährt, die rasch und billig ohne die Hilfsmittel einer Bandagenwerkstatt herzustellen ist und sich der Körperform gut anpaßt. Verf. hat sie zunächst in der orthopädischen Praxis speziell für die Zwecke der Krüppelfürsorge angewendet, bei denen die Preisfrage für Bandagen eine Rolle spielt und bei denen es darauf ankam, die Bandage abnehmbar und luftig zu machen, im Gegensatz zu zirkulären Gipsverbänden. Es kamen in erster Linie Fälle von tuberkulösen Hüft- und Kniegelenksentzündungen in Frage. Nehmen wir an, es handelt sich um ein Kind mit Hüftgelenksentzündung in subakutem Stadium, so verfährt Verf. folgendermaßen: Er biegt sich aus Bandeisen von 4 mm Stärke, 15 mm Breite, entsprechend den Konturen des Beins, eine Schiene zurecht, die auf der Außenseite bis in die Taille reicht, an der Innenseite bis zum Beinspalte, den Fuß in Form eines Gehbügels überragt. Diese Bandeisenschiene umwickelt er mit einer Mullgipsbinde. Inzwischen wird der Patient in eine Kopfschwebe gehängt, das gesunde Bein belastend, während das kranke über dem Boden schwebt. Die Schiene wird von einem Assistenten an das Bein angehalten. Verf. fertigte Gipsbindenstreifen an, doppelt so lang als der halbe Umfang. Es wird zunächst der obere Streifen entsprechend der Gesäßfalte dem Körper angelegt und von der Innenseite her um die beiden Schienen herumgeschlagen. Der Streifen wird so modelliert, daß er einen guten Entlastungssitz abgibt. In ähn-

licher Weise wird ein zweiter Streifen oberhalb des Knies und ein dritter an der Wande angebracht. In kurzer Zeit ist der ganze Apparat hart, so daß er abgenommen werden kann. Man braucht 10 Minuten zum Anbiegen des Bandeisens, 10—12 Minuten zur Umwicklung und Herstellung der Schiene. Wenn die Bandage trocken geworden ist, wird sie entweder mit einer Nesselbinde an das Bein angewickelt, oder es werden zwei Stoffstreifen mit Schnürösen für die Vorderseite der Schienen angenäht, am oberen Ende der Außenschiene am Hüftgürte. Wenn eine Extension erwünscht ist, so gipst man beim Umwickeln des Bandeisens an der Innen- und Außenschiene oberhalb des Gehbügels einen Ring ein, durch welchen die Bänder einer Streckgamasche gezogen werden können. Anstatt des Schwebehangs läßt sich die Schiene natürlich auch bequem im Liegen anpassen. Die Schienen sind recht haltbar. Bei den Kindern, die sich mit ihnen den ganzen Tag im Freientummeln und nicht schonend mit ihnen umgehen, halten sie monatelang, es muß höchstens einmal der Sitzring verstärkt oder ersetzt werden, wenn der Gips in dieser Stelle ausgekrümelt ist. — Nach den günstigen Erfahrungen bei Kindern hat Verf. derartige Gipsbandeisenbandagen auch bei Erwachsenen verwendet, z. B. bei deformierenden Hüft- und Kniegelenksentzündungen, bei Knochenbrüchen usw. Bei letzteren z. B. kommt zustatten, daß die schnell und exakt anmodellierte Schiene bequem gestattet, eine Streckung anzubringen, und die Uebersicht und Behandlung der Hautoberfläche ermöglicht. Aus diesen Gründen eignen sich derartige Schienenverbände auch für die Zwecke der Kriegschirurgie.

(M. Kl. 1915 Nr. 17.)

Ein Kugelsucherapparat. Von Dr. P. Jödicke, ord. Arzt am Reservelazarett III in Stettin. Es ist unbestreitbar, daß es trotz unserer verfeinerten Röntgentechnik eine schwierige oder manchmal unlösbare Aufgabe ist, die genaue Lage einer Kugel oder versprengter Geschossteile festzustellen. Nun wird man ja heutzutage derartige Fremdkörper bei der allgemeinen Anerkennung konservativer Methoden, wenn es irgend angängig ist, im Körper einheilen lassen. Indessen gibt es Fälle, wo aus verschiedenen Gründen die Entfernung dringend geboten ist. Dazu gehören bei offenen Wunden einmal starke, dauernde Eiterungen, feste Einkeilungen in Gelenkknochen u. a. Andererseits muß zuweilen aus nervösen oder psychischen Gründen des Verletzten ernstlich an eine Entfernung gedacht werden. Diese Schwierigkeiten häufen sich besonders dann, wenn das Geschos in einem bluthaltigen und muskulösen Gewebe in beträchtlicher Tiefe sitzt. Der dringende Wunsch eines Soldaten, der sich bis zu einer psychischen Ab-

normität steigerte, ein S-Geschoß aus seiner Wade zu entfernen, konnte vom Verf. trotz schärfster Röntgenaufnahme nicht erfüllt werden. Gerade dieser Mißerfolg gab Veranlassung zur Konstruktion eines kleinen Apparates, vermittle dessen die Lage von Kugeln und anderer metallischer Teile leicht festgestellt werden kann. Verf. ließ eine sondenförmig zugespitzte Pinzette durch eine Isoliermasse trennen, am Ende ein paar Schrauben anbringen und durch eine Leitungsschnur mit einer gewöhnlichen elektrischen Taschenlampe verbinden. Damit bei enger Berührung der Pinzettenenden kein Kurzschluß eintritt, wurde an einer Branche ein dünner Gummischlauch angebracht. Vermutet man in einer offenen Wunde einen metallischen Fremdkörper, führt man das Instrument ein, sondiert. Bei der Berührung mit dem Geschoß leuchtet die Lampe auf. Auf diese Weise kann der Sitz einer Kugel oder dergl. leicht gefunden werden. Bei unverletzter Haut oder dort, wo man tiefe Sondierungen vornehmen muß, ist das Instrument derartig geändert, daß die Enden in zwei feine, spitze Nadeln, wie wir sie bei der Elektrolyse anwenden, auslaufen, vermittle derer man tief und ohne Schaden anzurichten in das Gewebe einstechen kann. Auch hierbei wird beim Aufstoßen auf das Metall ein Kontakt ausgelöst und die Lampe aufleuchten. So gelang es Verf. u. a. nach früheren vielfachen vergeblichen Versuchen, die Lage eines S-Geschosses in einem durch einen Steckschuß frakturierten Oberarmknochen festzustellen. Dieser Kugelsucherapparat läßt sich leicht von jedem Instrumentenmacher herstellen, kann auch von der Firma W. Dittmann in Stettin, Roßmarktstr. 16 zum Preise von 10,50 Mk. bezogen werden.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 20.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 5.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voß in Leipzig und Hamburg.

XXIV. Jahrgang

Nr. 12.

September 1915

Auszüge.

Aetiologisches.

Zur Aetiologie des Flecktyphus schreibt Dr. S. Roßberger (Aus dem staatlichen Siechenhaus auf Schloß Wurmberg bei Pettau, Steiermark): „Auf Grund von 39 gut beobachteten Fällen, welche ich in den Jahren 1905 bis einschließlich 1915 in Jaroslau, in Brünn und hier in Wurmberg gemeinsam mit beamteten Kollegen zu behandeln Gelegenheit hatte, bin ich zur Ueberzeugung gekommen, daß bis nun kein Grund vorliegt, den Flecktyphus als Morbus bacillosus sui generis anzusprechen, sondern gar vieles spricht dafür, ihn als Ableger des Typhus abdominalis und Paratyphus zu betrachten, dessen anaphylaktisch wirkendes, toxinreiches, aber bazillenloses oder bazillenarmes Blut, durch Läuse übertragen, bei Unterernährten und moralisch Leidenden diesen Zustand hervorruft. Bei der Infektion erweist sich stammverwandtes, artgleiches und besonders familiäres Blut als benigne. Luftinfektion ist ganz ausgeschlossen, Rezidive nach Diätfehlern sind gar nicht selten, ja sie führen sogar zum letalen Ausgang. Therapie: Symptomatisch, Kardiaka, Sauerstoffinhalation, strenge Diät wie beim Bauchtyphus. Die Publikation der 39 Krankengeschichten erfolgt demnächst nach Sichtung des noch nicht ganz geordneten Materials, darunter auch die eigene Krankengeschichte“.

(W. kl. W. 1915 Nr. 25.)

Angiokeratom und Pernionen. Von Dr. Dubois (Genf). Verf. hat bei Gelegenheit eines Falles von typischem Angiokeratom an Händen und Füßen bei einem 25jährigen Manne untersucht, ob die tuberkulöse Natur dieser Erkrankung in diesem Falle erwiesen werden könnte. Nach der Theorie, welche von Leredde

und Milian 1898 ausgesprochen und seither ziemlich allgemein angenommen worden ist, sollten die Angiokeratome zu den Tuberkuliden gehören. Verf.s Kranker hatte keine klinische Manifestation von Tuberkulose, ebensowenig sein Bruder, der ebenfalls Angiokeratome hatte; auch anamnestisch fand sich nichts. Leredde stützte sich bei seiner Theorie auf die histologischen Veränderungen in der Tiefe der Haut. In den Präparaten von Verf.s Fall fanden sich trotz tiefgehender Biopsie nur die klassischen oberflächlichen, von Mibelli beschriebenen Veränderungen. Die Autoren sind darüber einig, daß das Angiokeratom in seinen typischen Manifestationen immer nach Pernionen auftritt; es ist tatsächlich eine Komplikation der letzteren. Verf. hat untersucht, ob man nicht bei den Pernionen die klinischen Merkmale auffinden könnte, auf welche hin Leredde die tuberkulöse Natur der Angiokeratome behauptet hat. Die Pernionen, welche nicht in allen Ländern vorkommen, sind in der Schweiz häufig, obgleich Angiokeratome nie beobachtet worden sind. Die anatomischen Veränderungen bei den Pernionen sind denen beim Angiokeratom ähnlich, doch ist stärkere Infiltration vorhanden, die auf einen aktiveren Prozeß hinweist, und geringere Tendenz zur Hyperkeratose. In der Tiefe keine oder geringe Veränderungen. Es schien dann interessant zu sein, die Häufigkeitsbeziehungen zwischen Pernionen und Tuberkulose in allen ihren Formen festzustellen. Eine Statistik über Hunderte von gesunden Erwachsenen, die in Genf wohnen, hat ergeben, daß 50% bei beiden Geschlechtern in der Kindheit Pernionen gehabt haben. In einem Sanatorium in Leysin, wo sich vor allem europäische Tuberkulose finden, hatten 51% Pernionen gehabt, in einem anderen Sanatorium mit hauptsächlich exotischen Kranken nur 10%. Im Sanatorium populaire in Leysin, wo sozial ungünstiger gestellte Tuberkulose behandelt werden, wurden bei 69% Pernionen in der Kindheit gefunden. Die interessanteste Statistik — über die Häufigkeit der Pernionen in der Kindheit bei Hauttuberkulose — ist noch nicht vollständig genug, um Schlüsse zu gestatten. Auf 20 Patienten mit Hauttuberkulose aller Art hat Verf. nur 9 gefunden, welche in der Kindheit Pernionen gehabt haben. Aus diesen Statistiken ergibt sich, daß Pernionen eine sehr intime Beziehung zur Tuberkulose nicht zu haben scheinen. Man muß 2 Formen von Pernionen unterscheiden: diejenigen, welche vor dem Erwachsenenalter verschwinden, und diejenigen, welche das Individuum bis in ein vorgerücktes Alter verfolgen. Die letzteren entstehen immer auf einem prädisponierten Terrain: der Akrozyanose der Extremitäten, welche auf eine Verlangsamung der Zirkulation mit Verminderung des Gewebswiderstandes hinweist. Diese kongenitale Veranlagung im

Zirkulationsapparat disponiert sowohl zur tuberkulösen Infektion als zu den Hautveränderungen, welche durch die Kälte bedingt werden. Es besteht nur eine Koinzidenz, nicht ein Kausalitätsverhältnis zwischen diesen Affektionen. Die wunderbaren Resultate, welche man in einigen Tagen bei Perniones und Akrozyanose mit der „Biokinétique“ von Jaquet erhält, scheinen zu beweisen, daß nur die Zirkulationsstörungen bei diesen Krankheiten eine kausale Rolle spielen.

(Schw. Derm. Gesellsch. 23.VII.14. — Schweiz. Corr.-Bl. 1914 Nr. 49.)

Herpes zoster als Arsenikfolge. Von R. C. Finlay (Grace Miss.). Vorliegender Fall zeigt den klaren Zusammenhang zwischen lokaler Arsenikanwendung und dem Auftreten von Herpes in der benachbarten Körpergegend: zwei Tage nach Anwendung von Arsenik zur Tötung eines kranken Zahnwurzelnerven bei einem Erwachsenen trat auf der betreffenden Seite (Haut der linken Wange und des Nackens) eine tiefrote Schwellung mit eingestreuten kleinen Bläschen auf. Die Behandlung bestand anfangs in Ichthyolglyzerin, später einfachen Breiumschlägen, welche mehr Erleichterung brachten, Morphium ward notwendig. Allmähliche Besserung, die Temperatur war niemals sehr hoch, Schmerz konstant und nach sechs Monaten noch neuralgische Ueberreste vorhanden; gelegentlich wurde Aspirin gegeben, ferner zur Kräftigung Eisen und kleine Dosen Arsenik.

(J. of cut. dis. incl. Syph., Dez. 1914. — Derm. Wschr. 1915 Nr. 26.)

Diagnostisches.

Ueber eine wichtige Fehlerquelle bei der Herzuntersuchung der Soldaten. Von Oberarzt Dr. B. Molnár (Aus dem k. und k. Garnisonsspital Nr. 16). Bei den Untersuchungen der Soldaten ist es Verf. aufgefallen, daß die bei einem und demselben Manne an verschiedenen Tagen in vertikaler Lage vorgenommen perkutorischen Untersuchungsergebnisse des Herzens öfters sich überhaupt nicht deckten, ja sogar beträchtliche Unterschiede aufwiesen. Da Verf. solche Unterschiede bei den Untersuchungen von Zivilpersonen nicht aufgefallen sind, war der nächste Gedanke, daß die Ursache für diese Schwankungen in speziellen militärischen Verhältnissen zu suchen ist. Und tatsächlich konnte Verf. die Beobachtung machen, daß die Soldaten sich vor dem Militärarzte in einer viel strammeren Stellung zur Untersuchung hinstellen als im Zivilverhältnisse, es kommt sogar häufig vor, daß die Soldaten direkt und spontan eine Habachtstellung einnehmen. Der militärische Drill und das spezielle Milieu bringen es mit sich, daß der Soldat

reflektorisch, unbewußt vor seinen Vorgetzten eine mehr oder weniger stramme Haltung einnimmt. Die stramme Haltung hat aber einen wesentlichen Einfluß auf die Perkussionsergebnisse des Herzens, und zwar gestaltet sich die Beeinflussung derart, daß bei strammer, d. h. Habachtstellung die Herzdämpfung, sowohl die absolute als die relative, wesentlich kleiner wird. Zur Deutung dieser Verhältnisse muß man hervorheben, daß bei der Habachtstellung der Thorax weiter wird. Dieser Umstand zieht mehrere Folgen nach sich. Die Lunge muß passiv dem Thorax folgen und drängt sich mit einer dickeren und größeren Schicht zwischen dem Herz und der Thoraxwand ein, und dadurch wird die Dämpfung verdeckt. Die Entfernung zwischen Herz und Thoraxwand wird eine größere, und außerdem wird der Perkussionsschall infolge von Anspannung der Thoraxwand in toto überhaupt lauter. Aus diesen Beobachtungen folgt also, daß wir bei Soldaten darauf achten müssen, daß wir die perkutorische Untersuchung des Herzens in schlaffer Haltung des zu Untersuchenden vornehmen müssen, da bei strammer militärischer Haltung wesentliche pathologische Veränderungen verdeckt bleiben können in dem Sinne, daß wir auch bei jenen Fällen normale Perkussionsbefunde erhalten, wo die richtig festgestellte Herzdämpfung stark vergrößert ist.

(W. kl. W. 1915 Nr. 21.)

Zur Differentialdiagnose zwischen Erweichungsherd und Gehirntumor. Zugleich ein Beitrag zur Lehre vom Zittern bei Hirntumor. Von A. Sielaff. Verf. beschreibt folgenden Fall: Ein 55jähriger Arbeiter, der stets gesund gewesen war, erleidet vor 6 Jahren ein Trauma, das scheinbar ohne Folgen blieb. Seit einem Jahre erkrankte er mit Abnahme der geistigen Kräfte und Verlust ethischer Begriffe. Sprachstörung und Anfälle wurden beobachtet. Nach einem weiteren Unfälle tritt eine auffallende Verschlimmerung des Leidens ein. Pat. wird stumpfer und stiller, vermag anfangs noch zu arbeiten, bis schließlich Verblödung eintritt. Kurz vor Aufnahme in die Klinik erleidet er eine rechtsseitige Hemiplegie. Die Untersuchung läßt einen Prozeß in der linken Hemisphäre mit Beteiligung der inneren Kapsel vermuten, und mit Berücksichtigung der Wahrscheinlichkeit einer homonymen Hemianopsie und sensorischen Aphasie wird die Diagnose auf einen Tumor des linken Schläfen- und Hinterhauptlappens gestellt. Die Autopsie bestätigte diese Diagnose.

(Inaug. Diss. Kiel 1914. — Neurol. Zbl. 1915 Nr. 11.)

Differential- und Fehldiagnosen beim Magenkrebs. Von E. Stierlin: Die Röntgenuntersuchung ist eines der unentbehr-

lichen Hilfsmittel zur Differentialdiagnose des Magenkrebses. Sie kann gelegentlich Anlaß zu Fehldiagnosen geben. Diese lassen sich in der Regel vermeiden, wenn man die Diagnose nicht auf eine einzelne Platte, sondern auf die ganze systematisch durchgeführte Röntgenuntersuchung sowie auf das klinische Bild und die Ergebnisse der übrigen klinischen Untersuchungsmethoden stützt. Dennoch bleiben einzelne Fälle übrig, wo nur die Probepylorotomie die sichere Diagnose verschafft. (Demonstration von Diapositiven.)

Diskussion. Herr L. Rütimyer berührt die Frage der öfters beobachteten Divergenz von Röntgenbild und Sondenuntersuchung zur Feststellung der Motilität des Magens, welche er im Gegensatz zum Vortragenden in der Mehrzahl der Fälle gestört findet beim Magenkrebs. Da wir klinisch mit Nahrungsmitteln, Eiweiß, Kohlehydraten usw. und nicht mit Kontrastmahlzeiten zu rechnen haben, gibt er zur Feststellung der Motilitätsverhältnisse der Sondenuntersuchung den Vorzug. — Herr F. de Quervain weist auf die Notwendigkeit hin, Kontrollbilder in verschiedener Körperlage (besonders im Liegen und Stehen und in rechter Seitenlage) auch dann aufzunehmen, wenn eine erste Untersuchung Aufschluß zu geben scheint. Er bestätigt die häufige Diskordanz zwischen den Resultaten der Röntgenuntersuchung und der klinischen Untersuchung in bezug auf die Magenentleerung. Die Unterschiede sind aber meist nicht Widersprüche, sondern erklären sich aus dem physikalisch und physiologisch verschiedenen Verhalten des Kohlehydratkontrastbreies und der Leubeschen Probemahlzeit. Ersterer rinnt auch durch enge karzinomatöse Stenosen verhältnismäßig rasch durch, während größere Fragmente der Probemahlzeit stunden- und tagelang liegen bleiben, abgesehen noch davon, daß Kohlehydrate als solche den Magen rascher verlassen als Fett- und Eiweißnahrung. Beim pylorusfernen Magengeschwür handelt es sich der Hauptsache nach um reflektorische Vorgänge, die sich bei Kontrastmahlzeit und Leubescher Probemahlzeit verschieden abspielen können. Ein vollständiges Urteil über die Motilitätsverhältnisse erhalten wir nur durch Verbindung von klinischer und Röntgenuntersuchung.

(Mediz. Gesellschaft Basel, 4. II. 1915.)

Eine besondere Form von Blutspritzern. Von Haberd (Wien). Schaumiges Blut, welches aus der Lunge her stammt, bewirkt Spritzer, die auf glattem Untergrund ein sehr markantes, die Herkunftsstelle des Blutes bestimmen lassendes Bild geben. Man sieht nämlich in der eingetrockneten Spur die dem Blute beigemischten feinsten Blutbläschen als helle Pünktchen dicht

beisammen liegen, manchmal zu einem größeren hellen Fleck vereinigt. Haberdas erwähnt einen Fall, in dem eine Dirne von einem Burschen mit einem Messer von hinten in die Lunge gestochen worden und dann nach dem Fenster gesprungen war. Hier fanden sich an den Scheiben Spuren schaumigen Blutes. Bluthusten bei Lungentuberkulose kann aber das gleiche Bild geben.

(Vierteljahrschr. f. gerichtl. M. 1914. I. Suppl. —

Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1915 Nr. 10.)

Kasuistisches.

Ueber periostale Späterkrankungen nach Ruhr. Von Dr. Janina Rauch (Aus der I. medizinischen Abteilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien). Die wesentlichen Symptome, um die es sich hier handelt, sind starke Schmerzhaftigkeit der Vorderfläche der Tibien, in einem Fall auch der Fibula, während die Muskulatur, Nerven und Gelenke vollkommen frei sind. Es ist selbstverständlich, daß die hier gemeinten Veränderungen mit den vielfach geschilderten Gelenkschwellungen und -entzündungen nach Dysenterie nicht identisch sind. In keinem der Fälle bestand eine objektiv nachweisbare Gelenkaffektion. Die lokalisierte Schmerzhaftigkeit hat, wie die Röntgenuntersuchung lehrte, auch eine positive Grundlage. Die gemachten Aufnahmen ergaben, daß an den in Betracht kommenden Stellen leichte Auflagerungen am Periost erkennbar sind. Auf das Bestehen einer solchen periostalen Erkrankung wird man nicht immer erst durch die Untersuchung aufmerksam. Die Kranken klagen über große Beschwerden beim Gehen. Sie zeichnen sich durch einen ganz auffälligen vorsichtigen Gang aus, der bei einzelnen den Eindruck eines spastischen Ganges macht. Bei Bettruhe pflegen die Schmerzen nachzulassen, nur in einem Falle bestanden auch bei Bettruhe spontane Schmerzen. Abgesehen von der symptomatischen Therapie, die keinen definitiven Erfolg ergab, hat die Röntgenbestrahlung Positives geleistet, indem die Druckschmerzhaftigkeit schwand, die Gehbeschwerden nachließen und auch die objektiven Veränderungen nachweislich zurückgingen. Außer in diesen 4 Fällen hat Verf. in einer Anzahl von hierhergehörigen mehr oder minder ausgeprägte Druckschmerzhaftigkeit der vorderen Fläche der Tibien gefunden ohne weiter nachweisbare Veränderungen. Diese Beobachtungen lehren, daß nicht nur nach Typhus, sondern auch nach Ruhr beziehungsweise nach ruhrartigen Darmerkrankungen periostale Veränderungen und Schmerzhaftigkeit an den Röhrenknochen des Unterschenkels vorkommen. Es scheint also, daß das Periost dieser Knochen zu sekundären Veränderungen nach enterogenen Infektionen elektiv disponiert ist.

(M. Kl. 1915 Nr. 24.)

Ueber Spondylitis typhosa. Von Prof. Dr. G. Galli (Bordighera). Der ganze Fieberverlauf in diesem Fall war charakteristisch. Er läßt sich in 2 Perioden einteilen. Die 1., die von der 2. Woche des September bis zur letzten Woche des Oktober reicht und das allgemein bekannte, dem Typhus eigentümliche Bild bietet, mit der Charakteristik des lenteszierenden Verlaufes, wie er leicht bei älteren oder schwächlichen Personen anzutreffen ist (Pat. war 59 Jahre alt!). Die 2. Periode zeigt statt dessen einen anderen Charakter; sie verläuft stürmisch mit Anfällen von heftiger Frosterschütterung und hohem Fieber (bis zu 40°), so daß sich ein Bild ergibt, das an pyämisches Fieber erinnert. Das Fieber dieser Periode ist durch die Lokalisation des Typhus in den Lumbalwirbelknochen hervorgerufen. Im ganzen litt der Patient 8 Monate lang unter dem Fieber, das von September bis Mai andanerte. Die Spondylitis war gegen das Ende des Abdominaltyphus aufgetreten, während sie in der Mehrzahl der Fälle während der Rekonvaleszenz auftritt. Das Auftreten der Spondylitis während der Typhuserkrankung ist seltener, und sehr wenige sind die Fälle, in welchen die Spondylitis dem Typhus vorangeht oder sich erst einige Monate nach ihm einstellt. Rogers (Boston) beschreibt einen Fall von Spondylitis, die erst 6 Monate nach der Genesung vom Typhus auftrat. Diese Möglichkeit darf aber bei der langen Lebensfähigkeit der Typhusbazillen nicht wundernehmen. Man hat nicht nur nach Monaten, sondern auch Jahren nach dem überstandenen Typhus Eiterungen auftreten sehen, aus denen Typhusbazillen in Reinkultur gezüchtet werden konnten, ein Beweis für die ungeheure Lebenszähigkeit der Typhuskeime. In obigem Fall war die Gruber-Widal-Reaktion noch am 7. Mai 1910 nicht nur positiv, sondern sogar ausgeprägter als in den vorhergegangenen Untersuchungen (bei einer Verdünnung von 1:200). Der in der Spondylitis typhosa auftretende Schmerz zeigt ebenfalls besondere, für die Diagnose wichtige Charakteristiken. In obigem Fall trat er ungefähr einen Monat nach den Fiebererscheinungen, welche eine Komplikation ankündigten, auf und nahm sehr rasch an Heftigkeit zu. Dies späte Auftreten ist aber eine Ausnahme, in der Regel macht sich der Schmerz sehr bald und gleich heftig fühlbar. Das Charakteristikum ist überhaupt die außerordentliche Heftigkeit des Schmerzes, der schlimmer ist als in irgendeinem Fall von Tuberkulose der Wirbelsäule und sich bei jeder kleinsten Bewegung wie beim leisesten Druck des Fingers verschärft. Er ist rebellisch gegen alle Beruhigungsmittel, auch gegen Morphin in den gewöhnlichen Dosen. Der Kranke liegt rücklings wie angenagelt im Bett, und die ärztliche Untersuchung und noch mehr die Defäkation sind mit großen Schwierigkeiten und ungeheuren Schmerzen für den Patienten verbunden. Die

schmerzende Stelle ist lokalisiert, und zwar meistens auf die Apophyse eines, manchmal zweier Wirbelknochen. Meist ist die Gegend oberhalb der schmerzenden Apophyse etwas ödematös, und fast immer läßt sich eine Abweichung der Wirbelsäule feststellen, aber dies ist auf eine teilweise Kontraktion der Muskeln zurückzuführen, welche die Wirbelsäule in der Richtung, die am wenigsten Schmerz verursacht, unbeweglich festhalten. Seltener bildet sich ein Gibbus an der schmerzenden Stelle. In 80 % aller Fälle hat (wie auch in obigem Fall) die Läsion ihren Sitz in der Lumbalgegend, selten wird die Dorsalgegend betroffen und am allerseltensten die Zervikalgegend. Für das Auftreten der Spondylitis läßt sich häufig keine greifbare Ursache finden, manche Autoren sprechen von Trauma, andere von Prädisposition infolge oft weit zurückliegender Alterationen der Wirbelsäule (Skoliose). In obigem Fall war deutlich eine Abweichung der Wirbelsäule in der Lumbalgegend festzustellen, und der Patient behauptete, das käme von seiner Gewohnheit, sehr viel Zeit am Schreibtisch zu verbringen und mit herabhängendem linken Arm zu schreiben. In der Regel hat die spondylitische Komplikation des Typhus keinen eitrigen Ausgang. Man hat Typhusbazillen im Knochenmark der Rückenwirbel nachgewiesen, aber in zahlreichen, so winzigen Herden, daß sie in der Regel nicht in Eiterung übergehen. Sehr wichtig zur Behinderung der eiternden Wirkung des Entzündungserregers und Förderung des Zurückgehens der Spondylitis ist das rechtzeitige Anlegen eines guten Korsettes. Die Lokalisation der Erkrankung im Knochenmark der Rückenwirbel und des durch sie hervorgerufenen Oedems auf die benachbarten Teile erklärt die Heftigkeit des Schmerzes und die mannigfach sich äußernden nervösen Erscheinungen. Letztere können sehr verschiedenartig und von kapriziösem Verlauf sein, ohne irgendein charakteristisches Merkmal. Anscheinende Besserung wechselt ab mit Verschlechterung des Befindens, so daß ein Autor von hysterischem Rückgrat spricht, während die Amerikaner es „Railway-spine“ nennen. Der Verlauf der Spondylitis kann sich auf 2 Jahre und darüber erstrecken. Trotzdem ist die Prognose im allgemeinen eine günstige, ja man kann sagen, daß die Spondylitis zu den gutmütigen Komplikationen des Typhus gehört. Die Diagnose bietet keine Schwierigkeit, wenn der Patient kurz zuvor den Typhus überstanden hat. In Fällen, in welchen die spondylitische Komplikation erst lange nach dem Typhus auftritt und man daher nicht an diesen denkt, wird manchmal Pottsche Krankheit diagnostiziert, doch tritt bei dieser der Symptomenkomplex nicht so brüsk auf wie bei Spondylitis typhosa. Die Serumdiagnose bringt übrigens bei Zweifel rasch Aufklärung. Ueber die Behandlung ist nicht viel zu sagen; der wichtigste und

wirksamste Teil der Kur ist, wie bemerkt, die baldige Anlegung eines gutsitzenden Gipskorsetts.

(M. m. W. 1915 Nr. 15.)

Ueber das gehäufte Auftreten einer ins Gebiet der sogen. Febris ephemera gehörigen Krankheit bei den Truppen des Ostheeres. Von Bataillonsarzt Dr. Georg Landmann. „Seit einigen Wochen habe ich als Truppenarzt an der Ostfront Gelegenheit gehabt, das gehäufte Auftreten einer Erkrankung zu beobachten, die durch Fieber bis 40°, Störung des Allgemeinbefindens, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Frost und vor allem durch ihre kurze, 1—2 Tage betragende Dauer charakterisiert ist. Wegen der meist geringen Allgemeinstörungen und der meist fehlenden katarrhalischen Erscheinungen dürfte diese Erkrankung nicht ins Gebiet der Influenza, vielmehr in das der sogen. Febris ephemera (Eintagsfieber) zu rechnen sein. Auffallend ist eine gewisse Neigung zu Rezidiven, die gewöhnlich nach 2—3 Tagen auftreten und ebenso rasch wie der erste Anfall abzuklingen pflegen. In einem dieser Fälle wurde ein Herpes labialis beobachtet. Therapeutische Maßnahmen sind kaum vonnöten: ich lasse die Kranken, wenn angängig, einige Tage ruhig im Revier liegen und gebe kleine Dosen Antipyrin, das von den Kranken zwar als wohltuend empfunden wird, aber auf den Heilungsprozeß kaum Einfluß hat.“ (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 24.)

Ueber Schwellung der Kubitaldrüsen bei Polyarthritidis chronica. Von Prof. Dr. V. Ellermann (Aus der Abteilung A des Rigshospitals in Kopenhagen). Nach Ausschaltung einiger sehr leichter, zweifelhafter Fälle umfaßt das Material 28 Fälle, die in jeder Beziehung typisch waren. Es handelte sich um Erwachsene von allen Altern; sowohl Männer wie Frauen waren darin vertreten. In keinem Falle handelte es sich um frische Fälle, vielmehr betrug die Dauer der Krankheit von $\frac{3}{4}$ bis 7 Jahre. Die Untersuchung des Herzens ergab bei allen Kranken völlig normale Verhältnisse. In 13 Fällen — also ca. 50% — konnte Verf. eine Vergrößerung der Kubitaldrüsen nachweisen. In 3 Fällen waren die Drüsen zirka haselnußgroß (ca. 1,5 cm Diameter), in 4 Fällen waren die Drüsen zirka nußkerngroß (ca. 0,8 cm Diameter), in 6 Fällen waren die Drüsen zirka erbsengroß (ca. 0,5 cm Diameter). Während die rechte Drüse dicht oberhalb des Condylus internus liegt, findet man nicht selten die linke ca. 3 cm höher gelegen. In 2 Fällen wurde nicht eine einzelne, sondern eine ganze Reihe von Drüsen gefunden, die in abnehmender Größe sich vom Gelenke bis nach der Mitte des Oberarms erstreckten.

Mehrmals fand Verf. in den Krankengeschichten aufgezeichnet, daß die Krankheit mit Fieber und Drüsenschwellung angefangen hatte. Diese initiale Drüsenschwellung wird auch zuweilen in den Handbüchern erwähnt. Im späteren Verlaufe wird Drüsenschwellung gewöhnlich nicht verzeichnet und scheint überhaupt so ziemlich unbekannt zu sein. (M. Kl. 1915 Nr. 7.)

Ueber die Spontanrupturen der Fingersehnen. Von Weigeldt. In der chirurgischen Poliklinik zu Leipzig sind 4 Spontanrupturen der Fingersehnen beobachtet worden. Aetiologisch kommt Verminderung des Gefäßreichtums der Sehnen nach dem 25. Lebensjahre wesentlich in Betracht. Daher disponiert hohes Alter zu dieser Erkrankung. Dann tritt einmaliges Trauma oder wiederholte Traumen durch überanstrengende Arbeit hinzu. Winkliger Verlauf einer Sehne gibt weitere Prädisposition, so der Sehne des Extens. poll. longus am scharfen distalen Rande des Lig. carpi dorsale. Ein längeres oder kürzeres Intervall nach der primären Schädigung der Sehne vergeht, bis die aseptische Nekrose der betreffenden Sehnenstelle so weit vorangeschritten ist und irgendein Zufall die Ruptur vollständig herbeiführt. Die Diagnose ist leicht. Therapeutisch kommt eine Sehnennaht oder Sehnenplastik in Betracht.

(Bruns' Beitr. XCIV Heft 2. — Zbl. f. Chir. 1915 Nr. 6.)

Beitrag zum Kapitel der seltenen Fußläsionen. Von Dr. W. S. Moench (Kgl. Poliklinik für orthop. Chirurgie Berlin). Ein Kriegsfreiwilliger kam bei einem Ritt auf glattem, abschüssigem Wege, auf welchem Straßenbahngleise waren, zu Falle und unter das Pferd zu liegen. Der von letzterem gedrückte Fuß lag direkt über der einen Schiene, deren scharfe Konturen Pat. deutlich spürte. Pat. tritt mit Vorsicht, jedoch schmerzfrei auf. Konturen Licht und Schatten verlaufen anders wie auf der gesunden Seite. Die Linie des medialen Fußrandes ist etwa in ihrer Mitte abrupt unterbrochen, um dann seitlich nach außen verschoben weiter fortzulaufen, so daß das Os cuneiforme I sich als hervorstehender Knochen markiert. Der ganze Fuß erscheint verkürzt, er steht in leichter Spitzfußstellung; quer über den Fußrücken verläuft eine geschwulstartige Vorwölbung, bedingt durch die Basis der Metatarsalknochen. Am lateralen Fußrand springt die Basis des Os metatarsale V ein klein wenig mehr als in der Norm vor. Der Metatarsus ist also in toto lateralwärts verschoben. Ueber die Luxation konnte man wohl schon bei dieser Inspektion kaum im Zweifel sein, sie findet dann auch ihre volle Bestätigung durch das Röntgenogramm. Die akrodorso-

plantare Aufnahme läßt auf den ersten Blick im Lisfrancschen Gelenk die laterale Totalluxation der Ossa metatarsalia I, II und III mit Subluxation der Metatarsalknochen IV und V und dorsaler Luxation des Cuneiforme III erkennen. Es fällt ferner in die Augen das große Spatium intermetatarsale I. Die Gelenkverbindung zwischen dem Os metatarsale I und II klafft auffallend und ist gesprengt mit Stellungsverschiebung des II. Metatarsalknochens, der nahe dem Capitulum in der Biegung eine Frakturstelle aufweist. Os cuneiforme III ist nach oben gewichen und ist nach außen gedrückt; seine Achse steht im Winkel zu den übrigen Tarsalia, so daß die Facies articularis mehr dem lateralen Fußrande zuneigt. Die Dichte der Gelenklinie zeigt zwischen Os cuneiforme II und III eine Unterbrechung, das Lig. intercuneiforme dorsale ist also gesprengt. Der starke Bänderzug nach außen verursachte eine kleine Fissur lateral am Os cuboideum. Zum Vergleich dient das plantodorsale Röntgenbild, das in Ergänzung zu dem vorigen die Lageverhältnisse der einzelnen Knochen klarstellt. Die tibiofibuläre Aufnahme ließ die Luxation als dorsale erkennen. Der Mechanismus der hier vor sich gegangenen Verrenkung ist ein ungewöhnlicher und derartig in der Literatur bisher nicht beschrieben. In der Mehrzahl der Fälle erfolgt die laterale Luxation im Lisfrancschen Gelenk in der Weise, daß das Metatarsale II über die mediale Wand des Os cuneiforme III rückt, die nur knapp einen halben Zentimeter höher als das Cuneiforme II steht, so daß der II. Metatarsalknochen in der Regel ohne Fraktur über diese Wand nach außen gleiten kann. Jedenfalls ist sicher, daß in den bisher beobachteten Fällen von lateraler Luxation nur ganz vereinzelt Frakturen des Metatarsale II beobachtet worden sind. In unserem Falle ist aber das Metatarsale II nicht über das Cuneiforme III hinweggeglitten, sondern unterhalb, mit Verschiebung der proximalen Komponente nach oben. Am Kuboid trat dann die Hemmung ein, ein ähnlicher Widerstand, wie er bei der medialen Luxation durch das Os cuneiforme I gebildet wird, dessen vorspringender Teil die etwas weiter zurückstehende Basis des Os metatarsale II umgibt. Aus diesem Falz muß dann das Metatarsale II erst herausgelöst sein, ehe eine seitliche Luxation medialwärts zustande kommen konnte. Die plötzliche hier erfolgte Hemmung am Kuboid hatte dann weiter eine Fraktur am dünnsten Teile des Os metatarsale II zur Folge, also nahe am Kapitulum, und ist auch an dieser Stelle eine zackige Frakturlinie zu sehen. Den Hauptstoß der einwirkenden Gewalt hatte nach all dem das Metatarsale II auszuhalten: Os metatarsale III, IV und V, für die nunmehr das Kuboid die gemeinsame Gelenkfläche abgibt, verspürten weniger davon und sind also auch demgemäß etwas

weniger weit seitlich luxiert. — Die Ursache der traumatischen Verrenkung bildet die mittelbare Einwirkung des drückenden schweren Pferdekörpers. Die Achse des Lisfrancschen Gelenks befand sich im Augenblicke der Einwirkung des Traumas gerade über der hohlen Rinne der Straßenbahnschiene, so daß die Metatarsalia Gelegenheit hatten, der einwirkenden Gewalt lateralwärts, im vorliegenden Falle also nach unten auszuweichen. Die *Articulatio tarso-metatarsal.* trägt im ganzen den Charakter einer *Amphiarthrose*, und es gehört schon eine große Gewalt dazu, um das Zustandekommen einer Luxation herbeizuführen; denn das außerordentlich straffe Gefüge des Bandapparates setzt ja jeder einwirkenden Noxe einen enormen Widerstand entgegen. Das ist auch hauptsächlich mit einer der Gründe für die Rarität dieser Art von Verletzungen. Wird die Luxation im Lisfrancschen Gelenk richtig erkannt und beizeiten eingerichtet, so gibt sie im allgemeinen eine gute Prognose. Die unblutige Reposition ist aber auffallend oft mißlungen. Auch bei dem Patienten wurde sie 4 Wochen nach der Verletzung in einem hiesigen Krankenhause ohne Erfolg versucht. Da nun die Erfahrung zeigt, daß mit einem geeigneten Stiefel die Patienten auch mit nicht reponierter Luxation im Lisfrancschen Gelenk verhältnismäßig gut zu gehen imstande sind, so hat auch Verf. von der blutigen Reposition Abstand genommen, zumal da der Patient auftreten und beschwerdefrei gehen kann. Die veralteten Luxationen unterscheiden sich von einer frischen vor allem durch das Fehlen der Schmerzhaftigkeit. Heilt dann die Verletzung, was besonders bei Vorhandensein von intra- oder paraartikulären Frakturen häufig vorkommen wird, mit Ankylose aus, so ist das von keiner großen Bedeutung angesichts der in der Norm geringen Exkursionsbreite des Lisfrancschen Gelenkes. Erwähnen möchte Verf. noch, daß Borchard im Vorjahre 130 Luxationen im Lisfrancschen Gelenk zusammenstellte, die zur Hälfte totale und zur anderen Hälfte partielle waren.

(M. m. W. 1915 Nr. 28.)

Magenkarzinom bei einem 9jährigen Jungen. Von Dr. F. Karl (Aus der Chirurg. Universitäts-Klinik in Berlin). Bei der Operation wurde am Pylorus ein kindsfaustgroßer Tumor gefunden. Die Operation wurde sehr gut überstanden, und rasch änderte sich das Aussehen des Kindes; es aß mit großem Appetit und nahm tüchtig an Gewicht zu: nach 3 Wochen um 18 Pfund, 4 Wochen darauf um 10 Pfund.

(D. m. W. 1915 Nr. 13.)

Toxikologisches.

Zur Kasuistik der medizinalen Quecksilbervergiftung und zur Beurteilung der sogen. Idiosynkrasie. Von H. Merkel (Erlangen). Ein schon seit Jahren wegen Syphilis ohne schädliche Folge mit Quecksilber behandelter Trinker bekommt wegen eines neuen Rückfalls vom Arzt in der Sprechstunde 0,02 Hydrargyrum oxycyanatum in 10% iger Lösung eingespritzt. Auf der Heimfahrt in der Eisenbahn erkrankt er unter kolikartigem Durchfall, schon am ersten Abend ist Blut im Stuhlgang, zu der schweren Dysenterie gesellt sich Mundentzündung und schwerste Nierenentzündung mit Versagen der Harnabsonderung, nach 11 Tagen erfolgt der Tod. Erst 14 Tage später wird die Leiche ausgegraben, das Untersuchungsergebnis ist besonders seitens der Nieren recht deutlich, chemisch können geringe, unwägbare Mengen von Quecksilber in den Nieren, der Leber und im Darmkanal nachgewiesen werden. Die noch später vorgenommene mikroskopische Untersuchung ließ so viel erkennen, daß eine chronische Nierenentzündung nicht vorhanden gewesen war. Es blieb, wenn wirklich nur 0,02 von dem Medikament eingespritzt worden waren, in der Tat nichts möglich als eine Idiosynkrasie gegen das Quecksilber, wohl auf Grund des Alkoholismus, anzunehmen. In einem anderen Falle war es jedoch nicht nötig, zu dieser unbestimmten Erklärung zu greifen. Hier handelte es sich um eine Patientin mit nervösen Allgemeinbeschwerden und mit mäßig vergrößerten Lymphdrüsen am Halse und Nacken, die einer Quecksilberkur unterworfen werden sollte, weil Arsen nicht geholfen hatte und der Geliebte der Patientin an Syphilis litt. Der Harn soll eiweißfrei gewesen sein, als die Einspritzungskur mit je 1 ccm einer 10% igen Aufschwemmung von salyzilsaurem Quecksilber begonnen wurde. Nach der ersten Einspritzung wurde eine Pause von 14 Tagen gemacht, dann folgten 3 weitere Einspritzungen von je 4 Tagen. 2 Tage nach der letzteren stellten sich Hautblutungen, kolikartige Durchfälle mit Blut, Mundentzündung mit Zahnfleischblutungen und Nierenentzündung ein, nach 8 Tagen wurde die Kranke bewußtlos, nach weiteren 5 Tagen starb sie. Es fand sich bei der Leichenöffnung als schwerste Veränderung eine beiderseitige hämorrhagische Nierenentzündung. Chemisch ließen sich unwägbare Mengen von Quecksilber nur in Nieren, Leber und Galle nachweisen. Die Untersuchung der Quecksilberaufschwemmung ergab, daß 4 mal 9 cg eingespritzt worden waren. An den Nieren war das Auffallendste eine schwere Veränderung der Glomeruli mit starker Kernvermehrung, Wucherung der Kapselzellen usw. Diese Veränderung — also eine

Glomerulonephritis — findet sich nie als Folge von Quecksilbervergiftung, und es ließ sich mit Bestimmtheit sagen, daß die Nierenerkrankung eher da war als die Quecksilbervergiftung, so daß weiterhin die Nierenkrankheit als Ursache für den üblen Verlauf der Quecksilbereinspritzungen angesehen werden muß.

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. M. 1914. I. Suppl. —

Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1915 Nr. 10.)

Pruritus cutaneus universalis mit urtikariellem und scharlachähnlichem Exanthem nach Atophangebrauch. Von Dr. G. Huber-Pestalozzi (Zürich). Eine Dame von 56 Jahren litt schon seit ca. 5 Jahren zeitweise an rheumatischen Gelenkschmerzen (ohne Schwellung der Gelenke) in den Knien und Füßen, oft auch in den Händen und in den den Gelenken benachbarten Muskeln. Die Schmerzen traten in der Regel nach leichten Erkältungen im Frühling und Herbst auf. Für Gicht waren keine typischen Anhaltspunkte vorhanden. Im Herbst 1914 stellten sich diese rheumatischen Schmerzen wieder ein. Da mit Salicylpräparaten früher bei der Patientin nie prompte und anhaltende Erfolge erzielt wurden, versuchte Verf. es diesmal mit Atophan, das 8 Tage lang täglich 3 mal 0,5 genommen wurde, gleichzeitig mit etwas leichtem Tee (Lindenblüten usw.). Nach diesen 8 Tagen wurde, weil die Beschwerden vergangen waren, eine Pause von einer Woche gemacht, während welcher kein Atophan genommen wurde. Im Anschluß daran sollte Patientin nochmals eine Woche lang täglich 2—3 Atophanpulver zu 0,5 g einnehmen. Aber schon am 3. Tage, nach ca. 8 Pulvern, stellte sich — anfänglich nur nachts — ein starkes Jucken an der Fußsohle, dann an den Beinen ein. Nach 2 weiteren Pulvern machte sich das Jucken auch auf den Handflächen, und zwar am stärksten auf dem proximalen Teil der Hohlhand, dann an den Armen und an dem übrigen Körper bemerkbar. Da die Patientin während der ganzen Zeit reizlose Kost und auch keine andern Medikamente zu sich genommen hatte, glaubte Verf. diesen Juckreiz der Atophanwirkung zuschreiben zu müssen. Dieses Mittel wurde deshalb ausgesetzt. Trotzdem hielt das Jucken an. Es trat tagsüber periodisch auf, in immer kürzeren Intervallen, und steigerte sich noch beträchtlich. In der Bettwärme wurde der Reiz unerträglich. Die Haut zeigte über den juckenden Stellen anfänglich keine Veränderung; aber nach etwa 24 Stunden, nachdem sich das Jucken über den ganzen Körper verbreitet hatte, wiesen die Oberschenkel und der Thorax stark gerötete Schwielen wie bei einem Nesselausschlag auf. Auf der Brust war die Haut wie bei einem Scharlach gerötet und getüpfelt. Sowohl die Schwielen als auch dieser scharlachartige Ausschlag fühlten sich heiß an und

juckten fortwährend entsetzlich. Das Gesicht blieb frei. Um diesen qualvollen Zustand zu lindern, wurden laue Bäder verordnet, und nach dem Bade mußten die entzündeten Hautstellen mit Reispuder eingepudert oder auch mit 3%igem Mentholspiritus täglich öfters betupft werden: ferner wurde ein diuretischer Tee und jeweilen am Morgen ein Laxans verordnet und nachts durch Pantopon für Ruhe und Schlaf gesorgt. Bei dieser Behandlung und unter Innehaltung einer blanden Diät gingen alle Erscheinungen nach und nach zurück und waren 6 Tage nach ihrem Auftreten völlig abgeklungen, wobei zuerst die Entzündung und dann auch der Juckreiz verschwand. (Schweiz. Corr. Bl. 1915 Nr. 20.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Die Miedernaht, ein Beitrag zur unblutigen Wundvereinigung. Von Dr. A. Noder (Aus dem Antonienlazarett München-Schwabing). Schrapnell- und Granatschüsse bewirken oft durch direkte Gewalt so breite Weichteilverletzungen, daß eine Vereinigung durch die Naht unmöglich ist oder nur nach Abtragung großer vorquellender Muskelstücke, Anlegen von Entspannungsschnitten und dergl. erfolgen könnte. Auch Gewehrschüsse können zu explosiven Zerreißen des Ausschußkanals in erheblicher Ausdehnung führen, und endlich setzen nicht selten chirurgische Eingriffe und lange Eiterungen enorme Wunden, deren Heilung durch allmähliche Granulation und Überhäutung abgewartet werden muß. Für all diese Fälle hatte Verf. ein Verfahren angewandt, das empfohlen werden mag, da es einfach und leicht ausführbar, für den Verwundeten aber sehr schonend und erfolgreich ist. Zur Ausführung dienen 4 cm breite Streifen von weicher Leinwand oder Schirting, deren einer Rand mit kleinen Miederhäkchen in Abständen von je 2 cm benäht ist; eine Arbeit, die leicht von Schwestern auf Vorrat gefertigt werden kann. Zwei solcher Streifen werden, in benötigter Länge, zu beiden Seiten einer Wunde mit Mastisol so auf der gesunden Haut befestigt, daß ihr Häkchenrand etwa fingerbreit vom Wundsaum entfernt bleibt. Am besten hält man sie einige Stunden durch einen Mullbindenverband angedrückt, damit sie sich genau der Körperform anschmiegen und tadellos festkleben. Dann werden mit starker Nähseide die beiden Streifen gegeneinander geschnürt, wie ein Schuh oder Mieder, und so die beiden Wundränder einander genähert. Man muß in den ersten Tagen die Schnürung nicht weiter treiben, als es leicht geht. Es ist gut, die Annäherung der Wundränder auch nicht durch den Zug des Schnürsenkels allein zu bewirken, sondern die ganzen seitlichen

Haut- und Muskelpartien durch einen Assistenten einander entgegenschieben zu lassen und sie lediglich in dieser Stellung durch die Schnürung festzuhalten. Schon nach wenigen Tagen läßt sich gewöhnlich das Verfahren wiederholen und die Wunde wieder um ein Stück zusammenschieben, und es überrascht, wie gut auf diese Art große Wundflächen in ganz kurzer Zeit sich verkleinern. Natürlich darf der Zug nie gelockert, sondern nur im Sinne der Verengerung betätigt werden, indem man den Seidenfaden mit 2 Pinzetten nachspannt, während der Assistierende das Wundfeld durch seinen Seitendruck verschmälert. Die Wundbehandlung selbst bleibt ganz der individuellen Neigung überlassen. Verf. wendet fast nur sterile Vioformgaze und Dermatol an. Zu beachten ist, daß man die Gaze in nicht allzu großen Streifen verwendet, damit sie sich beim Verbandwechsel bequem zwischen den Maschen der Schnürung bewegen läßt. Gewöhnlich knüllt Verf. 4 cm breite und 8 cm lange Vioformgazestreifen mit 2 Pinzetten zu kleinen Päckchen zusammen, die sich so gut einlegen und herausnehmen lassen, daß der Patient fast keinen Schmerz verspürt. Das Reinigen der Wunde geschieht mit ähnlichen kleinen Tupfern.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 19.)

Perhydrit-Stäbchen. Von Dr. Heinrichsdorff (Aus dem Waldsanatorium Zehlendorf-West Dr. Hauffe, Vereinslazarett). Das sind etwa 2 cm lange Stifte, von welchen 2 Sorten durch E. Merck (Darmstadt) hergestellt werden. Die einen haben die Dicke der bekannten Höllensteinstifte, die andern sind dünner, etwa wie Streichhölzer. Die ersteren benutzt Verf. zum Aetzen von nekrotischen Schleimhäuten und zur Säuberung von Wundfalten und Buchten. Ein beigegebener Metallhalter erleichtert die Handhabung. Die zu ätzende Stelle wird event. erst mit Wasser vorberieselt und dann das Perhydrit-Stäbchen darauf einwirken gelassen. Die Wundfläche wird nach und nach schwach weiß, milchig und schmerzt ein wenig. Aber der Erfolg ist gut; in kurzer Zeit, nach 2 bis 3 Aetzungen, sind derartige nekrotische Partien verschwunden. Der Vorzug vor dem Lapis ist der, daß sich kein Aetzschorf bildet. — Die dünneren Stäbchen verwendet Verf. zur Reinigung von Fistelgängen, Schußkanälen und ähnlichem. Mit Hilfe der Pinzette schiebt er 1 bis 2 Stifte in die Wundöffnung möglichst tief. Sofort entsteht eine lebhafte Gasentwicklung, so daß die Stifte wieder herausgepreßt werden, wenn nicht sofort die Oeffnung zugehalten wird. Zweckmäßig preßt man ein Stückchen Gaze über die Mündung, so daß die herausschäumenden Eiterteilchen durch die Gaze hindurchtreten und abgewischt werden können. Die Wundgänge, besonders auch Knochenwunden, erfahren auf

diese Weise eine viel intensivere Desinfektion als durch das Ausspritzen mit Lösungen von H_2O_2 ; ihre Oberflächen werden infolge der längeren Einwirkung mehr durchdrungen. Die Behandlung mit den Perhydrit-Stäbchen ist der früheren mittels Gazestreifen-tamponade überlegen, sie schafft günstigere Bedingungen zur Heilung, ist für den Patienten äußerst schonend und erspart wesentlich an Verbandmaterial.
(M. Kl. 1915 Nr. 17.)

Zur Behandlung der septischen Allgemeininfektion. Von Dr. Paul Hüssy (Aus dem Frauenspital Basel-Stadt, Dir.: Prof. Dr. v. Herff).

1. Die septische Allgemeininfektion wird am besten durch Hemmung der spezifischen Virulenz der Erreger beeinflusst.
2. Ein Präparat, das einesteils die spezifische Virulenz der Keime hemmt, andernteils den Organismus nicht schädigt, ist das von E. Merck hergestellte Methylenblausilber.
3. Das Methylenblausilber sei daher bei jeder Form von septischer Allgemeininfektion zur Verwendung dringend empfohlen. Frühzeitige Injektionen der 2%igen Lösung sind geboten.

„Bei unseren Beobachtungen handelte es sich beide Male um sehr schwere Bakteriämien nach Aborten, einmal sicher krimineller Natur. Das eine Mal fanden sich Streptokokken, das andere Mal Staphylokokken. Die Allgemeininfektion war auch bei beiden Fällen durch Metastasenbildung bewiesen. Von der 2%igen Lösung wurden jeden Tag 1—2 ccm intramuskulär gegeben. Ohne Zweifel lassen sich noch größere Mengen verabreichen! Die Injektionen zeigten sich etwas schmerzhaft, weshalb Alypin beigemischt wurde. Andere Nachteile fanden sich nie. Auffallend war nun vor allem die günstige Beeinflussung des Pulses und des Allgemeinbefindens. Auf die Temperaturkurve wurde weniger Wert gelegt, da ja erfahrungsgemäß intermittierende und remittierende Kurven zum Bild der septischen Allgemeininfektion gehören und daher aus dem Fieberbilde nicht allzu viel Schlüsse gezogen werden dürfen. Immerhin sank auch die Temperatur langsam zur Norm ab. Die Pulsfrequenzen, die anfangs Höhen gezeigt hatten bis zu 160, gingen rasch herunter bis zu 90 und 100. Eine Beeinflussung der Metastasen war natürlich nicht zu beobachten. Verschlimmerung trat auf jeden Fall aber nicht ein. Ohne Zweifel ist ein Einfluß auf die spezifische Virulenz der Mikroorganismen zu konstatieren. Ob der Einfluß groß genug ist, um auch die virulentesten Erreger in ihrer Penetrationskraft zu lähmen, ist selbstverständlich eine Frage, die noch nicht beantwortet werden kann und darf. Wir werden nicht mit zu hoch gespannten Hoffnungen an das Präparat herantreten dürfen, wir

werden aber erwarten können, daß sicher in jedem Falle eine Hemmung der spezifischen Virulenz der Keime gelingen wird. Oft wird dies genügen, um die Allgemeininfektion zur Heilung zu bringen, in anderen Fällen ist vielleicht die Widerstandsfähigkeit des Organismus schon so gebrochen, daß auch das nichts mehr nützt. Vor allem sei das Präparat empfohlen zur Bekämpfung der septischen Allgemeininfektion, hervorgerufen durch Streptokokken und den Erreger der Gasphlegmone. Ob andere Bakterien genügend beeinflußt werden, entzieht sich unserer Erfahrung, immerhin ist zu erwarten, daß namentlich Kolibazillen und dann auch Staphylokokken in ihrer Penetrationsfähigkeit erheblich leiden werden. Jedenfalls muß die Behandlung möglichst frühzeitig eingeleitet werden, noch bevor die Wehrkraft des Organismus erlahmen kann. Nur dann dürfen wir etwas von dem Methylenblausilber erwarten.“
(M. m. W. 1915 Nr. 17.)

Zur Behandlung der Erfrierungen. Von Dr. Lazar Popovici (Aus dem k. u. k. Reservespital Nr. 3 in Wien). „Neben der allgemein üblichen lokalen Therapie (Salben, feuchte Verbände, Jodtinktur, Lapis, nach Bedarf kleine chirurgische Eingriffe usw.) wird bei uns regelmäßig ein Verfahren angewendet, welches sich sehr gut bewährt hat und daher kurz beschrieben werden soll. Es handelt sich um die systematische Anwendung wechselwarmer Bäder, welche wir folgendermaßen durchzuführen pflegen: Die erkrankte Partie der Extremität wird in ein mit warmem Wasser (28 bis 30° R) gefülltes Gefäß eingetaucht, so zwar, daß das Niveau des Wassers etwa handbreit über die Grenze der pathologisch veränderten Teile hinausreicht. Dauer des Bades 5 Minuten. Hierauf 1 Minute lang Bad in 16 grädigem Wasser. Dann wieder 5 Minuten warmes, 1 Minute kaltes Bad. Die Prozedur wird 3—4 mal wiederholt, hierauf die gebadete Extremität abgetrocknet, die Wunden versorgt und der Patient 1 Stunde lang im Bette gut zugedeckt liegen gelassen; letzteres geschieht auch in den leichtesten Fällen. Die Wechselbäder werden jeden 2. Tag, später 2 mal in der Woche verabreicht. Dort, wo die erfrorenen Körperteile die Anwendung solcher Bäder nicht gestatten, werden dieselben durch wechselwarme Umschläge von gleicher Temperatur ersetzt. In schwereren Fällen werden außerdem 1—2 mal wöchentlich Heißluftbäder von 1 stündiger Dauer (etwa 70° C) angewendet. Die durchschnittliche Heilungsdauer beträgt bei den beobachteten 150 Fällen etwa 4 Wochen; auch unsere schwersten Fälle bedurften bisher nicht länger als 3 Monate zur vollen Heilung. Wir sahen große Substanzverluste sich ohne chirurgische Nachteile überhäuten, wie überhaupt der Heilungsverlauf in allen unseren Fällen ein

unkomplizierter war. Rasche Reinigung der Wundflächen, Demarkation des nekrotischen Gewebes, desodorisierende Wirkung (insbesondere bei Zusatz von etwas Kalium hypermanganicum) sowie eine sichtliche Hebung der Blutzirkulation in den erkrankten Partien sind die Vorzüge, die wir fast durchwegs beobachten konnten und der systematischen Anwendung der wechselwarmen Bäder zuschreiben möchten. Diese Methode, welche äußerst einfach und überall leicht anwendbar ist und auf welche ohne Schwierigkeit ein Pfleger oder eine Krankenschwester eingeschult werden kann, sei somit insbesondere für Militärspitäler bestens empfohlen.“ (W. kl. Rdsch. 1915 Nr. 17/18.)

Abortivbehandlung von Wund- und Gesichtsrotlauf. Von Dr. Ferd. Münzker (Wien). Es ist Verf. oft gelungen, Wund- und Gesichtsrotlauf in 1—2 Tagen durch folgendes Verfahren zu rascher Heilung zu bringen: Die erysipelatös erkrankte Partie wird in toto, besonders sorgfältig aber an den Rändern, und diese 1—2 cm überragend, mit einer 20%igen Formalinsalbe bedeckt. Man streicht die Salbe messerrückendick auf Streifen von hydrophiler Gaze, legt diese auf und bedeckt event. mit Billrothbattist. Die Salbe bleibt 24 Stunden liegen. Während dieser Zeit wird 3—4 mal je 1 g Aspirin zur Herabsetzung des Fiebers gegeben. Das Fieber steigt dann nicht mehr an, der Rotlauf schreitet nicht weiter. Die Haut zeigt nur leichte Rötung, erythematösen Reizzustand. Verf. hat die Salbe wiederholt auch 48 Stunden auflegen lassen; dann zeigte sich wohl starkes Erythem, selbst Bläschenbildung. Die Dermatitis ist aber auf kalte Umschläge in kurzer Zeit zurückgegangen. Es genügt im übrigen einmaliges Auflegen der Salbe durch 24—30 Stunden in folgender Zusammenstellung:

Rp. Formalin

Thigenol aa 10,0

Vaselin 30,0

Verf. glaubt, daß es die austrocknende Wirkung des Formalins ist, die beim Erysipel zur Geltung kommt. Die gleichzeitige Darreichung von 3—4 mal 1 g Aspirin in diesen 24 Stunden hält Verf. für die Erzielung des befriedigenden Erfolges für nötig.

(M. Kl. 1915 Nr. 16.)

Albertol als Ersatz für Mastisol. Von Prof. Dr. M. Landow (Aus der chirurgischen Abteilung des Städt. Krankenhauses zu Wiesbaden). „Seit 6 Monaten verwenden wir auf meiner Abteilung an Stelle des Mastisols das Albertol, ein unter Mitverwendung von höheren Phenolen aus Formaldehyd nach einem patentierten Verfahren durch Kondensation gewonnenes, von den chemischen

Fabriken Dr. Kurt Albert (Amöneburg bei Biebrich) hergestelltes Präparat, das durch Auflösung in Benzol mit Zusatz von etwas Alkohol und Paraffin. liq. gebrauchsfertig gemacht wird. Es handelt sich also im Gegensatz zum Mastisol um ein Kunstharz, durch dessen chemische Herstellung die erforderliche Gleichmäßigkeit und Reinheit gewährleistet wird. Seine Anwendungsweise ist genau dieselbe wie diejenige des Mastisols. Es verdunstet ungefähr in derselben Zeit wie das Mastisol, so daß das Anlegen des Albertolverbandes sich ebenso schnell vollzieht wie die Herstellung eines Mastisolverbandes. Das Albertol klebt ebensogut wie das Mastisol und reizt Haut und Wunde eher weniger als dieses; denn wenn wir die eine Hälfte des Verbandes mit Albertol, die andere Hälfte mit Mastisol befestigten, so betrafen, wenn über besondere Empfindungen, wie beispielsweise leichtes Brennen, von seiten der Kranken überhaupt Angaben gemacht wurden, diese zumeist die mit Mastisol bestrichene Hälfte. Auch zur Herstellung des Zugverbandes leistete das Albertol einen vollkommenen Ersatz für das Mastisol. Als einen besonderen Vorzug des Präparates möchte ich noch die mit Benzol, Benzin oder Aether sehr leichte und ohne Belästigung für die Kranken mögliche Reinigung der Haut von den angetrockneten Rückständen des Albertols hervorheben im Gegensatz zum Mastisol, das sich durch die eben genannten Mittel nur schwer entfernen läßt. Wir mußten uns infolgedessen zur Säuberung der Haut gewöhnlich des Chloroforms bedienen. Das Chloroform aber ruft immer ein brennendes Gefühl hervor, welches durch ein erneutes Bestreichen der Haut mit Mastisol noch gesteigert zu werden pflegt, während die der mit Aether vorgenommenen Hautreinigung folgende Albertolbepinselung weit weniger unangenehm empfunden wird. Auf Grund der Erfahrungen, welche wir während eines 6 monatigen Gebrauches mit dem Albertol gewonnen haben, möchte ich das Präparat den Fachgenossen zur Nachprüfung empfehlen, zumal sich der Preis des Albertols wesentlich niedriger stellt als der des Mastisols und, wie die Fabrik versichert, sich in normalen Zeiten noch günstiger gestalten lassen wird, da alle Ausgangsmaterialien jetzt in der Kriegszeit sehr hoch im Preise stehen.“ (Zbl. f. Chir. 1915 Nr. 19.)

b) Innere Krankheiten.

Zur Behandlung der Dysenterie-Rekonvaleszenten. Von Dr. Roubitschek in Karlsbad und cand. med. Laufberger in Prag (Aus dem k. k. Rekonvaleszentenheim Jungbunzlau i. B.). Es fand sich in der Hälfte der Fälle eine Herabsetzung der freien Salzsäure und der Gesamtazidität vor. Es ließ sich nun feststellen, daß in solchen Fällen von der Bolustherapie bei Beginn

der Erkrankung reichlich, vielleicht allzu reichlich, Gebrauch gemacht worden ist. Es wäre also die Herabsetzung der Azidität als künstlich durch Abstumpfung der Salzsäure infolge Bolus alba aufzufassen, da in jenen Fällen, wo Antidysenterieserum gleich zu Beginn der Erkrankung eingespritzt wurde, eine so vorgeschrittene Subazidität niemals vorhanden war. Das Pankreon (Rhenania) wurde in Tabletten à 0,25 g, und zwar 3 Stück während des Mittagessens, die Salzsäure als Acidum hydrochloricum dilutum 25 Tropfen in einem Weinglas Wasser 2 mal täglich eine halbe Stunde nach dem Essen verabreicht. Bereits nach kurzer Zeit beginnen die Beschwerden nachzulassen. Die Kranken klagen nicht mehr über Druck und Völle nach dem Essen, das Aufstoßen verliert sich, der Appetit wird besser, der Widerwillen gegen Fleisch und Fett schwindet. Im Stuhle, der eine konsistentere Form annimmt, ist die Querstreifung der Muskulatur nicht mehr erkennbar. Auf diese Weise gelingt es, ohne Anwendung von Opiaten die gewünschte styptische Wirkung zu erzielen.

(Ther. Mh., Juni 1915.)

Zur Behandlung des akuten Darmkatarrhs. Von Unterarzt Dr. M. Vogel. In 80 Fällen wandte Verf. Bolus alba an. Nach der Vorschrift von Stumpf verzichtete er von vornherein auf die Verabreichung von kleinen verzettelten Mengen (etwa esslöffelweise), sondern gab als Anfangsdosis sofort 200,0 in der doppelten Menge Wasser aufgeschwemmt, nach mehreren Stunden, spätestens am Abend desselben Tags nochmals 100,0 oder 200,0 (je nach der Stärke der Symptome). Im Bedarfsfall wurden am nächsten Morgen und Abend dieselben Mengen wiederholt, meist genügten 400,0, auf 3 mal verteilt, um ein vollständiges Aufhören der dünnen Stühle zu erzielen. Dazu ließ Verf. grundsätzlich am ersten, wenn möglich auch noch am zweiten Tag fasten, was durch die meist bestehende Appetitlosigkeit sehr erleichtert wurde. Gestattet wurde nur wenig warmer Tee, und vom zweiten Tag ab bis zur Verflüssigung fortgesetztes Kauen („Fletchern“) von ganz hartem Kommisbrot in geringen Mengen. Die Ergebnisse dieser höchst einfachen und leicht schematisierbaren Behandlungsweise waren sehr befriedigend, sowohl was die Schnelligkeit als was die Sicherheit des Erfolgs anbelangt. Wie schon erwähnt, genügten meist schon 400,0 zur völligen Beseitigung der Durchfälle. Auf die Einnahme der Bolus alba, die übrigens kar nicht ungerne genommen wird, folgen gewöhnlich noch 1—2 gleine Entleerungen von schleimig-flüssiger Beschaffenheit (wohl reflektorische Wirkung), aber auch das verschwindet spätestens nach der dritten Verabreichung; der nächste Stuhl ist schon von

normaler Beschaffenheit. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 3 Tage, wobei zu berücksichtigen ist, daß im Krankenbuch jeder angefangene Tag voll gerechnet wurde, tatsächlich wird der Durchschnitt wenig mehr als 2 Tage ausmachen. Was die Sicherheit der Bolusbehandlung anbetrifft, so kamen unter den 80 Fällen nur 11 2mal in Behandlung. Bei 4 von diesen lagen längere, völlig symptomfreie Pausen (2—5½ Wochen) dazwischen, so daß sie eher als 2malige Erkrankungen denn als Rückfälle zu bewerten sind. Die übrigen 7 kamen nach 2—8 Tagen wieder, darunter mehrere, die Verf. vor vollständigem Aufhören der Durchfälle entlassen hatte. (Einer davon hatte schon mehrere Jahre, seit einer Blinddarmoperation, häufiger Durchfälle, er brauchte auch weitaus die längste Zeit — 8 Tage — zur Wiederherstellung.) Seitdem Verf. daraufhin die Kranken erst dann entließ, wenn sie mindestens 24 Stunden lang keinen dünnen Stuhl mehr gehabt hatten, hat er (in Zeit von 5 Wochen) überhaupt keinen Rückfall mehr erlebt. Ins Lazarett brauchte er keinen einzigen von den 80 Fällen zu schicken. Zur Ergänzung muß Verf. bemerken, daß er in einigen Fällen nicht ganz ohne Zuhilfenahme anderer Mittel ausgekommen ist, und zwar hat er bei außergewöhnlich starken Tenesmen kleine Dosen Tct. Opü (1—2 mal 8 Tropfen täglich) gegeben, jedoch immer erst längere Zeit nach der letzten Bolusmenge. (Unter günstigeren äußeren Umständen würde Verf. dem intensive Wärmeanwendungen vorziehen.) Außerdem hat er manchmal bei länger anhaltenden schleimigen Entleerungen bzw. Beimengungen 1—3mal täglich 0,5 Tannalbin gegeben. Es handelte sich dabei meist um Leute, die sich erst nach längerem Bestehen der Durchfälle zum Arzt gemeldet hatten, bei denen also vermutlich schon stärkere pathologische Veränderungen der Darmwand vorlagen. Die Hauptdomäne der Bolus alba ist eben die akute Erkrankung, wo sie ihre Wirkung durch Toxinbindung entfalten kann. Bei chronischen katarrhalischen Zuständen kann man u. a. sogar eher eine Verstärkung der Symptome sehen, was wohl auf die mechanische Reizung der kranken Schleimhaut zurückzuführen ist.

(Aerztl. Rdsch. 1915 Nr. 25.)

Zur Behandlung und Ansteckungsverhütung des Flecktyphus. Von Prof. Dr. Artur Hartmann (Heidenheim i. Br.). Curschmann legte den Hauptwert auf freie Luftbehandlung. Es wurden nicht nur in der Baracke, in welcher die Kranken untergebracht waren, bei Tag und Nacht alle Fenster offengehalten, die Kranken wurden auch soviel als möglich mit den Betten, die eine einfache Bedachung erhielten, ins Freie gebracht. Cursch-

mann war davon überzeugt, daß allein hierdurch Ansteckungen nur in sehr geringem Umfange erfolgten und die Mortalität sehr günstig war. Es dürfte sich wohl empfehlen, die so einfache Maßnahme bei der Behandlung des Flecktyphus auch gegenwärtig zur Anwendung zu bringen. (D. m. W. 1915 Nr. 29.)

Die Behandlung des Flecktyphus mit normalem Pferdeserum. Von k. k. Regiments-Arzt Dr. Rudolf Roubitschek, Kommandant des Epidemiespitals in Marmaros-Sziget. Anwendung von normalem Pferdeserum (steril, karbolfrei) in Dosen von 1 bis 3 ccm subkutan bringt das Fieber rasch zum Schwinden, kürzt den Krankheitsverlauf ab, beeinflußt günstig die Schwere der Erscheinungen und setzt die Mortalität bedeutend herab. (W. kl. W. 1915 Nr. 26.)

Erysipel behandelt mit Diphtherieserum. Von Dr. H. Koller (Winterthur). Verf. injizierte bei einem schweren Fall von bullösem Erysipel erst 3000 A.E. des Berner Serums, 2 Tage später nochmals 1500 A.E. Die lokalen und Allgemeinerscheinungen wurden sehr günstig beeinflußt. Da aber noch septische Erscheinungen zurückblieben, injizierte Verf. 2 Tage darauf Elektrargol Clin. 1 Ampulle, worauf das Fieber sistierte und Pat genas. In Zukunft wird Verf. sofort der ersten Injektion von Diphtherieserum die Injektion von Elektrargol folgen lassen. [(Schweiz. Corr. Bl. 1915 Nr. 25.)]

Menthol-Eukalyptol-Injektionen bei Lungentuberkulose hat Priv.-Doz. Dr. H. Rotky (v. Jaksch' Klinik in Prag) versucht. Erfolge nicht bemerkenswert, höchstens bei leichten, noch nicht weit vorgeschrittenen Fällen mit noch gutem Allgemeinzustand kann man bei lange fortgesetzter Kur etwas erreichen. (Prag. m. Wschr. 1914 Nr. 43.)

Als Hilfsmittel bei Neurosis cordis empfiehlt Prof. Dr. Külbs (Berlin) die systematischen Einreibungen mit grüner Seife. Durch diesen Hautreiz werden die subjektiven Beschwerden oft sehr günstig beeinflußt und auch nicht selten die Leistungsfähigkeit gebessert. Art der Anwendung: Schmierkur 6 mal in der Woche (Extremitäten, Brust, Rücken) 1 Eßlöffel 5 Minuten einreiben, dann 2—3 Minuten eintrocknen lassen, dann abwaschen. Am 7. Tage Bad. (Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1914 Nr. 20.)

Systematische Einreibungen mit grüner Seife. Von Prof. Dr. Külbs (Berlin). Verf. hat diese Methode, durch die ein Haut-

reiz hervorgerufen wird, nicht nur bei nervösen Herzerkrankungen mit Erfolg angewandt, sondern ebenso bei Hemikranie. Auch bei nervöser Dyspepsie und gewissen Erkrankungen der Atmungsorgane (chron. Bronchitis, Emphysem, Asthma bronchiale) war manchmal der Effekt recht bemerkenswert. (Ther. Mh. 1914, Oktober.)

Ueber Chlorkalziumkompretten. Von Prof. Dr. O. Seifert (Würzburg). Die Darreichung von Chlorkalzium bei Heufieber und nervösem Schnupfen hat sich bewährt. Aber die Lösungen schmecken schlecht und werden oft verweigert. Die Mercksche Fabrik fertigt jetzt Kompretten mit 0,1 Calc. chlorat. an, die gern genommen werden. Verf. gab sie zu 8—10 Stück pro Tag, 1 Pat. nahm 20 Stück an einem Tage. (M. m. W. 1915 Nr. 27.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Impetiginöse Hauterkrankungen und ihre Behandlung im Felde. Von Dr. A. Richter. In einem Regiment kamen zahlreiche Fälle vor, welche den Charakter einer Impetigo contagiosa zeigten und allen therapeutischen Bestrebungen trotzten. Am raschesten wirkte folgende Behandlung: Sorgfältige Reinigung von Borken und Krusten täglich. Bestreuung der Wundflächen mit Hyperol, darüber feuchter Verband mit Sol. alumin. acet. (Milit.-A. 1915 Nr. 15.)

Bei Frostbeschwerden im Felde empfiehlt Dr. P. G. Unna (Hamburg), wenn Ichthyol fehlt, die Füße morgens und abends einzureiben mit:

Sulfur. dep.
Calcii carbon.
Camphorae
Ol. terebintinae āā 5,0
Ung. zinci 30,0

M.

Bestehen richtige Frostbeulen, so bestreicht man diese für sich mit:

Tinct. jodi 15,0
Acidi tannici 5,0

M.

Tannin ersetzt im Felde die sonst gebräuchliche Tinctura gallarum und mildert die Wirkung der Jodtinktur, ohne sie aufzuheben. Diese Mischung kann daher, was ebenfalls wichtig ist, längere Zeit täglich eingepinselt werden. In ihr wirkt Jod als Epispasticum, Tannin als Adstringens und Reducens; sie kann mithin im Notfall auch allein zur Beseitigung des Frostes dienen,

wie sie auch zweckmäßigerweise die Jodtinktur dort ersetzt, wo die Haut auf Jod allein zu stark reagiert. Besteht allgemeiner Frost der Füße neben einzelnen Frostbeulen, so werden erst die letzteren jodotanniert und nach dem Trocknen der ganze Fuß mit obiger Paste eingerieben. Selbstverständlich sind dabei Füße und Hände möglichst vor Kälte zu schützen und dürfen nur heiß gewaschen werden. Ist ein Arzt im Felde aber in der glücklichen Lage, sich aus einer Zivilapotheke oder sonstwoher Ichthyol zu verschaffen, so lautet die Vorschrift für alle Arten und Grade des Frostes, auch für den offenen Frost, noch viel einfacher. Man streicht das Ichthyol unverdünnt über Sohle, Seitenkanten und Zehen und läßt es da eintrocknen. Dann beklebt man den so eingefirnigten Fuß mit 3 breiten Leukoplaststreifen, von denen der erste die Sohle von hinten nach vorn bedeckt und über die Zehen nach oben bis zur Mitte des Fußrückens reicht, während die anderen Streifen die Seiten des Fußes decken. Ein solcher Verband beseitigt die Beschwerden alle mit einem Male und kann 1—2 Wochen, d. h. bis zur Heilung, liegen bleiben. Im unverdünnten Ichthyol haben wir nämlich beides. Denn die schwache (erste) Wirkung ist reduzierend, eintrocknend, anämisierend, die darauffolgende (zweite) die eines gefäßlähmenden Epispasticums. Bei längerer Dauer vereinigen sich beide Wirkungen zu einer einheitlichen Heilwirkung des Frostes, welche man geradezu ideal nennen muß, und die auch nie über das Ziel hinausschießt und Dienstunfähigkeit bewirkt. (B. kl. W. 1915 Nr. 19.)

Ueber Thigan. Von Sanitätsrat Dr. Edmund Saalfeld (Berlin). Thigan ist die haltbar gemachte Lösung von Thigenolsilber und so eingestellt, daß 1 ccm Thigan 1 mg Silber enthält. Die ersten Versuche wurden mit einem Thiganpräparat gemacht, dem aus theoretischen Erwägungen ein Zusatz von NaCl gegeben wurde, der dem Gehalt der physiologischen Kochsalzlösung entsprach. Die praktischen Ergebnisse aber waren die gleichen wie mit dem Thiganpräparat ohne Kochsalzzusatz; deshalb wurde — auch aus technischen Gründen — von dem NaCl-Zusatz zu dem Thigan abgesehen. Verf. läßt 10 ccm Thigan injizieren und die Flüssigkeit längere Zeit, bis zu 15 Minuten, in der Harnröhre verbleiben. Je nach dem Stadium der Gonnorrhoe und nach den äußeren Umständen wird die Injektion 3—6 mal täglich wiederholt. Bei der Reizlosigkeit des Thigans kann selbst bei akuten Fällen mit starker Sekretion 6 mal am Tage injiziert werden. Es ist selbstverständlich, daß die Anwendung des Thigans noch nicht ausgesetzt werden darf, wenn auch eine mehrmalige Untersuchung auf Gonokokken ein negatives Resultat ergab. Auch nach dem

Schwinden aller objektiven und subjektiven Erscheinungen muß die Behandlung, um eine ganz sichere Heilung annehmen zu lassen, noch 1—2 Wochen fortgesetzt werden. Das Thigan erwies sich gegenüber manch anderen Präparaten als ein relativ reizloses Mittel, das auf die Erscheinungen des Leidens einen günstigen Einfluß ausübte. Die Sekretion verminderte sich in kurzer Zeit, die subjektiven Beschwerden ließen sehr bald nach. Auffallend war das schnelle Schwinden der Gonokokken in dem spärlich gewordenen Sekret. Ein Vorzug des Thigans gegenüber anderen, rein bakterizid wirkenden Präparaten dürfte darin gefunden werden, daß es wegen seiner entzündungswidrigen und adstringierenden Eigenschaft — neben der rein parasitiziden — auch im katarhalischen Stadium der Gonorrhoe, event. mit gleichen Teilen Wassers verdünnt, d. h. bis zum Schlusse der Erkrankung, angewendet werden kann. Daß bei der Benutzung des Thigans wie bei allen äußeren Antigonorrhoicis Komplikationen in einzelnen Fällen nicht ausblieben, ist selbstverständlich, zumal das Mittel bei Patienten angewendet wurde, die ihren oft körperlich anstrengenden Beruf als Arbeiter nicht aufgeben konnten. Zu Janetschen Spülungen mit Thigan in einer Verdünnung von 1 + 9 Aq. dest. bis 1 + 4 Aq. dest., die Verf. in einigen Fällen erfolgreich anwandte, glaubt er auffordern zu sollen. Er hofft, daß eine Nachprüfung auch mit dieser Methode zufriedenstellende Ergebnisse zeigen wird. — Da gerade jetzt während des Krieges die Befürchtung einer Zunahme der Geschlechtskrankheiten, so auch der Gonorrhoe, nicht von der Hand zu weisen ist, glaubt Verf. auf dieses neue Antigonorrhoicum hinweisen zu sollen. Es wird von der Firma Dr. Georg Henning (Berlin) in einer dem Verf. praktisch erscheinenden Packung in den Handel gebracht.

(M. m. W. 1915 Nr. 8.)

Empyrol- und Thiorubrolbäder empfiehlt Dr. G. Haedicke (Berlin). Durch erstere kann man Teer, durch letztere Schwefel in zweckmäßiger Form anwenden, indem diese flüssigen Zusätze (Fabrik Wolo, Zürich und St. Ludwig) zu Wasserbädern (auch als Waschungen und Umschläge gut zu benutzen) geruchlos sind, die Wannen nicht angreifen, die Medikamente in feiner Form verteilen und billig sind.

(Zbl. f. Ther. 1914 Nr. 9.)

Wesen und Behandlung der Schuppenflechte. Von Prof. Dr. B. Spiethoff (Jena). Bei der Behandlung Berücksichtigung aller Momente, die das Abheilen erschweren oder Neuausbrüche begünstigen könnten: fehlerhafte Ernährung, übertriebene Eiweißkost, Alkoholismus, Mißbrauch von Kaffee und Nikotin, Magen-

darmstörungen, Diabetes, Gicht. Für Kranke, die vorher überwiegende Fleischkost bevorzugt haben, rein vegetarische Kost empfehlenswert (falls nicht Diabetes oder alimentäre Glykosurie vorliegen). Souveränes Mittel sind die Röntgenstrahlen; diese sind besonders geeignet für lange Zeit bestehende, derb infiltrierte, dann oft auch juckende Herde. Wirkung des Arsens recht unsicher, auch in Form von Salvarsan. Sehr empfehlenswert gegen Jucken Venaesection (50—100 ccm, event. nach 2 Tagen zu wiederholen).

(M. Klin. 1914 Nr. 45.)

Intravenöse Jodtherapie. Von Prof. Dr. F. Klemperer (Aus der Inneren Abteilung des Krankenhauses Berlin-Reinickendorf). Verf. konnte feststellen, daß 5 und 10, selbst 15 und 20 g Jodnatrium und weit darüber hinaus bei intravenöser Applikation in 10%iger Lösung anstandslos vertragen werden. Seit Monaten hat er nun über 100 derartige intravenöse Jodinjektionen gemacht und dabei gewöhnlich 5—10 g, in schwereren Fällen 15 und 20 g Jodnatrium, versuchsweise — bei einigen Paralytikern — auch 30, 40 und 50 g Jodnatrium, stets in 10%iger Lösung, in die Vene einfließen lassen; die intravenösen Injektionen dieser großen Joddosen, die absolut schmerzlos waren, wurden meist 2—3 mal wöchentlich, in drängenden Fällen, bei Dosen bis 20 g, auch eine Reihe von Tagen hindurch täglich wiederholt — irgendwelche ernsteren Störungen oder Nebenerscheinungen wurden in keinem einzigen Falle beobachtet. Einige wenige Male wurde eine Rötung des Kopfes unmittelbar nach der Injektion verzeichnet; des öfteren traten bei Dosen von 15 g aufwärts einige Stunden nach der Injektion leichtere Erscheinungen von Jodismus, geringe Kopfschmerzen, Konjunktivitis und ähnliches, auf, die bald wieder vorübergingen; bei den großen Dosen von 20—50 g Jodnatrium wurde regelmäßig eine ebenfalls nicht lange anhaltende Pulsbeschleunigung konstatiert, sonst aber keinerlei Nebenerscheinungen, weder von seiten des Nervensystems, noch der Nieren, noch des Magendarms. Die Verträglichkeit des Jodnatriums bei der intravenösen Injektion war eine außerordentlich gute, eine größere als bei der Eingabe per os. Auch in Fällen, bei denen die Joddarreichung per os wegen Kopfschmerzen, Uebelkeit, Jodausschlägen ausgesetzt werden mußte, wurden die intravenösen Injektionen mehrfach ausgezeichnet vertragen. Eine Reihe von Patienten — darunter ein Kollege, dessen seit Monaten bestehendes, mit Salvarsan vergeblich behandeltesluetisches Fieber erst der intravenösen Injektion großer Joddosen wich — versicherten, daß ihnen die intravenöse Injektion von 10 bzw. 20 g Jodnatrium viel angenehmer sei als das eßlöffelweise Einnehmen derselben

Dosis. Verf. Erfahrungen mit der intravenösen Injektion 10 % iger Jodnatriumlösung waren so ausnahmslos gute, daß er diese Methodik der Jodanwendung jetzt nicht mehr auf diejenigen Fälle beschränkt, in welchen sie unbedingt geboten ist — das ist auf bewußtlose, schluckunfähige Patienten oder solche, deren Magen das Jod absolut nicht annimmt —, sondern daß er sie in allen schweren Fällen, in denen eine rasche und energische Jodwirkung erwünscht ist, zur Anwendung bringt. Die intravenöse Jodtherapie beschränkt sich natürlich nicht auf die Fälle von Lues. Auch in einem Falle von veralteter asthmatischer Bronchitis mit Emphysem und Herzschwäche, in dem infolge von Stauung und Erbrechen Medikamente per os nicht mehr genommen wurden, gab Verf. Jodnatrium gleichzeitig mit Digalen mit Nutzen intravenös.

(Ther. d. Gegenw., März 1915.)

e) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur medikamentösen Behandlung der innersekretorischen Ovarialinsuffizienz. Von Dr. Hans Bab, Assistent der Kgl. II. gynäkologischen Klinik zu München. Schon früher hat Verf. die Oophorin-Yohimbin-Lecithin-Tabletten (Fabrik Dr. Freund & Redlich, Berlin) gegen infantilistische Sterilität, genitale Hypoplasie, Atrophie und Dysfunktion, Amenorrhoe, Dys- und Oligomenorrhoe, Frigidität, gewisse Stoffwechselstörungen (z. B. Adipositas) und bestimmte innersekretorische Affektionen empfohlen. Seit 4 Jahren hat er diese Therapie fortgesetzt und den Wiedereintritt von Menstruationen, die Beseitigung dysmenorrhoeischer Beschwerden und von Blutwallungen erreicht. Freilich kann diese Therapie auch fehlschlagen. Muriacithin ist übrigens dem Yohimbin völlig gleichwertig, und einer Kombination Oophorin-Muriacithin stünde nichts im Wege. Die psychische Einwirkung einer kombinierten Behandlung mit Keimdrüsenextrakten und mit Aphrodisiaca ist oft verblüffend, besonders auch im allgemein seelischen Empfinden der Patienten, in ihrer Stimmung, ihrem Kraftgefühl und im Schwinden der „Nervosität“.

(M. Kl. 1915 Nr. 15.)

Senile Pyorrhoe und ihre Behandlung. Von Kroemer. Kroemer erläutert an anatomischen Präparaten den Befund bei der senilen Pyorrhoe des Weibes. Er bezieht sich dabei nur auf diejenigen Fälle von vaginalem Eiterfluß, bei welchem die spezifischen Erreger der Geschlechtskrankheiten nicht nachzuweisen sind. Vielmehr handelt es sich in allen demonstrierten Fällen um Mischinfektion von Streptokokken mit fakultativ anaeroben Mikroben. Dabei unterscheidet Verf. zwei typische Veränderungen, einmal das Bild der bekannten Pyometra senilis mit intermittierendem

Ventilverschluß der starren rigiden Zervix, und das andere Mal eine ausgesprochene eitrige Entzündung der Portio und des oberen Scheidenblindsackes, welcher durch eine klappenartige Verengung des Scheidenlumens gegen das untere Vaginalrohr mehr oder weniger abgeschlossen ist. In diesem Falle ist das Corpus klein, unansehnlich, das Cavum uteri auf dem Medianschnitt ein schmaler Spalt — begrenzt durch eine blasse, abnorm dünne Schleimhaut. Die Eiterabsonderung findet hier im Scheidengewölbe statt. Hier ist die Schleimhaut gekörnt durch Einlagerung von kleinen Retentionszysten. Sie erscheint am frischen Präparat wie rot getupft oder gesprenkelt, ähnlich wie das Nierenbecken bei Pyelitis, dabei ist die Vaginalschleimhaut atrophisch und leicht zerreiblich. Seltener findet man die gleichen Veränderungen bis hinab zum Introitus. Dann handelt es sich um einen Schrumpfungsprozeß am Hymen, der zur Striktur führt. Gewöhnlich werden alte Virgines davon befallen. Offenbar ist die Striktur, der Ventilverschluß notwendig für das Zustandekommen der stinkenden Eiterung. Sitzt die Striktur höher, so sind die darunter liegenden Scheidenabschnitte gleichsam mazeriert durch den ätzenden, grünlichgelben Eiter. In den weiteren Stadien gesellt sich eine eitrige Vulvitis, Ekzem der äußeren Genitalien und Intertrigo hinzu. Das Brennen und unerträgliche Jucken ist die Veranlassung, daß die betreffenden Kranken scheüern und damit die Eiterung auf Harnröhre und Analgegend übertragen. Die hochgradige Empfindlichkeit der schrumpfenden Vulva und Vagina erschwert die Untersuchung und die Behandlung. Es ist oft unmöglich, einen auch noch so kleinen Spiegel einzuführen, ohne schmerzhaftes Rhagaden zu erzeugen. Trotzdem ist die sorgfältige Analysierung eines jeden Falles notwendig, da in jeder Phase der Erkrankung ein begleitendes Karzinom sich einstellen kann. Bei der Pyometra, bei welcher wir den Eiter im ballonförmig aufgetriebenen Corpus finden, ist der Verdacht auf ein Zervixkarzinom, seltener auf ein Corpuskarzinom gerechtfertigt, bei atrophischem Uterus muß auf ein Karzinom des Scheidengewölbes oder der Portio gefahndet werden. Wie so oft, ist auch hier der negative Untersuchungsbefund nicht für die Zukunft von Beweiskraft. Verf. verfüge über Beobachtungen, in welchen erst über Jahr und Tag, nachdem der Fall als harmlose Colpitis senilis geführt worden war, das Karzinom entdeckt wurde. Damit soll nicht gesagt sein, daß jede Colpitis mit blutigem Ausfluß in Karzinom übergehen muß. Immerhin ist jede derartige Affektion sorgfältig zu überwachen. Trotz aller angewendeten Kunsthilfe bleibt nämlich das Leiden dieser alten Frauen meist unheilbar, oder die Rezidive treten prompt ein, sobald die Behandlung ausgesetzt wird. Dabei nimmt die Angst der befallenen Kranken von Tag zu Tag zu, die Nutz-

losigkeit aller Heilbestrebungen erweckt in ihnen den Gedanken, daß ihr Leiden unheilbar sei. Der naheliegende Schluß lautet daher, daß dem Leiden ein Karzinom zugrunde liegen müsse. In letzter Zeit erlebte Verf. wiederholt Psychosen bei diesen eitrigen Absonderungen mit Ausgang in Melancholie mit Suizidgedanken, so daß er schon aus diesem Grunde genötigt war, eine Radikalkur einzuleiten. Grundbedingung für letztere ist die Feststellung, daß auch nach rationeller Konservativbehandlung keine Besserung eintritt, oder daß nach vorübergehender Besserung der Eiterfluß in alter Stärke rezidiert. Während im Anfangsstadium die fast immer vorhandenen Streptokokken eine hochgradige Virulenz besitzen, die am klarsten aus der Gefährlichkeit der Karzinomoperationen bei zufälligem Pyometrabefund hervorgeht, ändert sich diese Virulenz entschieden bei längerer Behandlung und vor allem bei Beseitigung der Striktur. Die Folgeerscheinungen des Fluors, die Mazeration der Vagina, der Intertrigo verschwinden. Der Eiterfluß bleibt zwar bestehen, jedoch in verminderter Stärke und unter Verschwinden des penetranten Geruchs. In diesem Stadium bringt die vaginale Totalexstirpation des Uterus mit Exzision der strikturierten Scheidenpartie die beste dauernde Abhilfe. Durch eine besondere Technik (Verschluß des Uterus und einer isolierten Scheidenmanschette) wird nach längerer Vorbereitung bei der Totalexstirpation jede Verschleppung des Eiters vermieden. Der Verlauf nach diesen Eingriffen ist erstaunlich gutartig und bringt alle psychischen Störungen mit der raschen Hebung des Allgemeinbefindens zum Schwinden. Alle Fälle von Pyorrhoe bleiben in Dauerbeobachtung der Klinik. Stellen sich blutige Beimengungen ein, so wird von Zeit zu Zeit eine Probeabrasio der verdächtigen Partien vorgenommen. Ergibt sich aus der mikroskopischen Untersuchung die Diagnose Karzinom, so wird je nach Lage des Falles die übliche Bestrahlungstherapie (kombinierte Mesothorium-Röntgenbestrahlung) eingeleitet oder bei günstiger Prognose die operative Entfernung angeschlossen.

(Medizin. Verein Greifswald, 26. VI. 1914.)

Weitere Erfahrungen mit Pituglandol in der Geburtshilfe (die Verwendung der intravenösen Injektion). Von Sachs (Königsberg i. Pr.): Sachs berichtet über Erfahrungen mit Pituglandol an einem poliklinischen Material von etwa 300 Fällen. Mit der besseren Indikationsstellung sind die Versager seltener geworden. Die Geburt einzuleiten, ist ihm nicht gelungen; dagegen wirkt Pituglandol bei schon begonnener Geburtsarbeit in allen Geburtsperioden, am besten allerdings, je weiter die Geburt vorgeschritten ist. Versager hinsichtlich der Anregung der Wehen kamen besonders vor, außer bei Schwangerschaftswehen, bei Ueber-

dehnung des Uterus durch Zwillinge oder Hydramnion. Rigide Weichteile werden durch Pituglandol nicht überwunden, besser Beckenschwierigkeiten. Am besten wirkt es aber dann, wenn bei vorhandenen Wehen die Geburt aus irgend einem Grunde beschleunigt werden soll, so z. B. bei Fieber intra partum und zur Fixation des Kopfes nach Nabelschnurreposition. In der Nachgeburtsperiode übertrifft das Pituglandol wegen der Schnelligkeit des Eintritts der Wirkung, besonders bei intravenöser Gabe, das Secale bei weitem. Etwaige Nachblutungen traten nur auf, wenn die Geburt erst längere Zeit nach der Injektion vollendet war. Eine neue Indikation ist nach Sachs die Asphyxie des Kindes bei gut vorbereiteten Weichteilen. Sachs hat bei besonderen Fällen (etwa 60) die intravenöse Injektion angewandt und bei langsamer Injektion von 0,5—1,0 ccm nie einen Schaden davon gesehen, dagegen oft Wirkungen erlebt, die mit der subkutanen Injektion nicht erreicht werden. Er empfiehlt die intravenöse Injektion stets dann, wenn die subkutane Gabe versagt oder wenn man eine besonders starke Wirkung haben will. Kontraindiziert ist diese Art der Anwendung bei Weichteilschwierigkeiten und bei Erkrankungen, welche mit Blutdrucksteigerungen einhergehen. Unter dieser Einschränkung hat Sachs nie einen Schaden gesehen, insbesondere nie Strikturen oder Krampfwehen. Die Geburt ist nach Sachs bei intravenöser Gabe oft in der ersten Minute nach der Injektion beendet. Alkoholbeimischung hebt die Wirkung des Pituglandols nicht auf.

Diskussion. Rosinski warnt vor kritikloser Anwendung des Pituitrins, da dasselbe für das Kind keineswegs indifferent sei; Vorsicht sei besonders bei Erstgebärenden geboten. — E. Schroeder hat bei subkutaner Anwendung des Pituitrins in der Hauptsache gleiche Erfahrungen gemacht, wie Sachs, auch bezüglich der Blutungen in der Nachgeburtsperiode. — Unterberger jun. warnt vor der Anwendung des Pituglandols bei Eklampsie; er hat eine Eklamptische 10 Minuten nach der mit Hilfe von Pituglandol schnell beendeten Geburt plötzlich sterben gesehen; bei der Sektion fand sich in einer Hemisphäre ein faustgroßes Hämatom. — Queisner wendet Pituglandol nicht mehr an, weil er eine Drittgebärende, bei welcher er wegen engen Beckens die künstliche Frühgeburt durch Metreuryse eingeleitet, nach Ausstoßung des Metreurynters zweimal Pituglandol gegeben und schließlich die Wendung und Extraktion gemacht hatte, nach mehreren Stunden unter den Erscheinungen der Herzschwäche zugrunde gehen gesehen hat. — Schütze hat mit den Hypophysenpräparaten ausgezeichnete Erfahrungen gemacht und empfiehlt ihre ausgedehnte Anwendung in der Geburtshilfe etwa im Sinne von Sachs auf das wärmste;

besonders gute Dienste haben sie ihm geleistet bei Kreißenden, welche früher wiederholt schwere Uterusatonien in der Nachgeburtsperiode gehabt hatten. Nur bei Placenta praevia hat er große Bedenken gegen die Anwendung des Pituglandols, und zwar wegen der Gefahr des Einreißen des muskelarmen unteren Uterinsegments bei zu starken Wehen. — Sachs hält die Bedenken Schützes bezüglich der Anwendung des Pituglandols bei Placenta praevia für in erheblichem Grade berechtigt; er will deswegen das Mittel in solchen Fällen auch nicht intravenös geben. Bei Eklampsie soll nach seiner Ansicht das Pituglandol nur nach vorherigem großen Aderlaß gebraucht werden. Die Beobachtungen von Rosinski und Queisner hält Sachs nicht für so eindeutige und schwerwiegende, daß deswegen die Anwendung des Pituglandols widerraten werden müßte.

(Nordostdeutsche Gesellsch. f. Gynäk. 20. VI. 1914.)

Apparate und Instrumente.

Ein einfacher Heißluftapparat. Von Assistenzarzt d. R. L. Schmidt, Abteilungsarzt einer Feldartillerie-Abteilung. Er ist überall ohne Kosten herzustellen. Bestandteile: 1. eine Konservenkiste, 2. das Knie eines Dachrinnenrohres, 3. die Wellpappe, in welche die Konservenbüchsen eingehüllt sind. An den Querseiten der Kiste sägt der Schreiner je einen dem Gliede entsprechenden Ausschnitt ein (für obere Gliedmaßen nur an einer Querseite einen Ausschnitt), an einer Längsseite nahe dem Boden ein rundes Loch zum Einsetzen des die Heißluft zuführenden Dachrinnenrohres. Erzeugt wird der Heißluftstrom durch einen Spiritusbrenner, der nahe an die äußere Rohrmündung gestellt wird. Der ganze Kasten wird innen mit Wellpappe ausgeschlagen. Durch eine an der inneren Rohrmündung schräg angebrachte Holz- oder Pappklappe wird der Luftstrom nach zwei Seiten abgelenkt, da er bei den engen Raumverhältnissen in der Kiste direkt dem Gliede zu unangenehm wirken würde. Einige Querleisten am Boden und Deckel verhindern das Werfen des Holzes. Als einfachster Verschuß des abhebbaren Deckels dient ein schwerer Stein. Während des Betriebes wird die ganze Kiste noch mit einer Wolldecke eingehüllt. Bis jetzt hat Verf. mit diesem Heißluftapparat drei Blutergüsse ins Kniegelenk mit Unterschieden des Umfangs bis zu 5,5 cm, zum Teil mit ausgedehnten Quetschungen der Muskulatur und Knochenhaut an Ober- und Unterschenkel, sowie einen Bluterguß ins Handgelenk (bedingt durch röntgenologisch nachgewiesene Fissur des Processus styloideus radii) behandelt (daneben Massage, Druckverband usw.). Die Gelenk-

ergüsse waren in 3—7 Tagen weggeheizt, alle vier Soldaten sind inzwischen wieder dienstfähig entlassen worden.

(D. m. W. 1915 Nr. 23.)

Die Improvisation des Rektaltropfeneinlaufes im Felde.

Von Stabsarzt Dr. Ernst Gelinsky. Bei der konservativen Behandlung der Bauchverletzungen spielt der Rektaltropfeneinlauf zur Anregung der Peristaltik und vor allem zur Ermöglichung einer genügenden Flüssigkeitszufuhr eine große Rolle. Er ersetzt den natürlichen Weg, der gesperrt ist, und die subkutanen Infusionen, die nicht nur zeitraubend und schmerzhaft, sondern auch, durch die im Felde erschwerte Asepsis, gefährlich sind. Verf. hat die Erfahrung gemacht, daß seine Ausführung Schwierigkeiten bereitet und unterlassen wurde, wenn kein Ureterkatheter oder ein Schraubquetschhahn zur Stelle war. Darum möchte er auf eine Art hinweisen, wie man diese, für einen glücklichen Verlauf so wesentliche Behandlung mit Hilfe der in jeder Sanitätsformation vorhandenen Mittel leicht anwenden kann. Man braucht einen Irrigator, einen ca. 1 m langen Irrigatorschlauch, einen möglichst dünnen Nélatonkatheter und zur Verbindung der ungleichen Öffnungen von Irrigatorschlauch und Nélatonkatheter einen konisch zulaufenden Glasansatz, von denen zur Blasenspülung mehrere vorhanden sind. Dieses Verbindungsglasstück wird mit Watte gefüllt und diese so fest gestopft, daß ca. 1 Tropfen jede Sekunde aus dem Nélatonkatheter tritt. In reichlich 4 Stunden läuft so 1 Liter Flüssigkeit in den Darm ein. Ein gut gefetteter, dünner Nélatonkatheter wird von dem Analsphinkter ohne Reizung lange Zeit ertragen. (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 27.)

Frakturenhebel. Einen solchen hat Dr. Ansinn, Chirurg am Reservelazarett Bromberg, konstruiert, um damit übereinandergeschobene Knochen mit großer Kraft redressieren zu können. Der Sporn an der Spitze des Hebels wird in das eine Frakturende eingehakt, darauf der Stirnbalken mittels des Zahnrades soweit vorgeschoben, daß sich das andere Frakturende dagegen stemmt und nun so lange hochgehelt, bis sich die Frakturenenden in gleicher Ebene befinden. Dann kann man durch das Zahnrad die Frakturenenden aufeinander schieben. Es ist zweckmäßig, einen Gehilfen während der Operation zur Unterstützung am Bein ziehen zu lassen. Durch die große Kraft die man mit dem Hebel ausüben kann, werden die Muskeln, Narben und Schwielen so stark gedehnt, daß die Bruchenden nicht zurückfedern, sondern man kann sie in aller Ruhe mit Nagel, Drahtnaht oder sonst nach Belieben aneinander befestigen. Verf. konnte so Verkürzungen von 15 cm

ausgleichen und volle Gebrauchsfähigkeit der Glieder erzielen.
(Zbl. f. Chir. 1915 Nr. 28.)

Wundantisepsis unmittelbar nach der Verletzung.
Von Dr. Dreuw (Berlin). Es ist Verf. gelungen, ein Instrument zu konstruieren, das jede Verletzung ausschließt und, was die Verhütung von Wundkrankheiten betrifft, berufen zu sein scheint, den größten Nutzen zu bringen. In einer Aluminium- oder Messinghülse liegt unten ein Docht und über demselben eine runde mit Jodtinktur oder einer andern Flüssigkeit gefüllte Ampulle. Darüber befindet sich der unten zugespitzte Kolben, der entweder durch den Handdruck herabgestoßen oder mittels einer Schraube herabgedreht wird. Der geringste Druck mit dem Kolben bringt die Ampulle zum Platzen, die Jodtinktur durchtränkt den Docht, und man hat sofort einen Jodtinkturpinsel, der es gestattet, die Wunde und die Wundränder antiseptisch zu behandeln. Das nur den Raum einer Gewehrpatrone einnehmende Instrument könnte jedem Verbandpäckchen bequem beige packt werden, oder im Tornister in der Patronentasche usw. Platz finden. Durch diese Technik muß es gelingen, den Prozentsatz an Wundinfektionen, namentlich auch an Tetanus herabzusetzen, da eben jeder Soldat unmittelbar nach der Verwundung eine wirksame Wundantisepsis erzielen kann.
(M. Kl. 1915 Nr. 20.)

Verschiedenes.

Zur Frage der „Entlausung“. Von Dr. Adam R. v. Lobaczewski, Chefarzt des milit. Notspitales der k. k. Tabakfabrik in Krakau. Verf. empfiehlt eine Imprägnierung der Wäsche (Hemd und Unterhosen) mit einer 30 % igen Lösung von Oleum Betulae in 96 % igem Alkohol. Die Imprägnierung wird folgendermaßen ausgeführt. Nach Zusatz von Oleum Betulae zu 96 % igem Alkohol wird ein Teil der Bestandteile des Oeles im Alkohol aufgelöst, ein anderer Teil desselben fällt im Laufe von ca. 15 Minuten als unlöslicher Niederschlag zu Boden des Gefäßes. Es wird nur die über dem Niederschlage stehende bräunliche, einen charakteristischen teerähnlichen Geruch verbreitende Flüssigkeit dekantiert, die Wäschestücke damit übergossen, dann in der üblichen Weise ausgepreßt und bei Zimmertemperatur getrocknet, was im ganzen eine Viertelstunde in Anspruch nimmt, wonach die in obiger Weise präparierte Wäsche sofort gebrauchsfähig wird. Es soll dabei hervorgehoben werden, daß die derartig imprägnierte Wäsche einen ganz leichten fettigen Anlauf gewinnt und dadurch etwas weicher

und schmiegsamer wird. Die mit Birkenholzteeröl imprägnierte Wäsche kann wochenlang getragen werden, ohne daß sie während dieser Zeit gewaschen werden müßte, und behält während dieser Zeit ihre läusevertreibende Wirkung. Bei seinen bisherigen Versuchen hat Verf. bei einer Anzahl von verlausten Soldaten die in obiger Weise präparierte Wäsche auf zweierlei Weise angewandt. In der Hälfte der Fälle wurde, ohne den Körper früher zu reinigen, eine imprägnierte Wäsche auf denselben direkt angezogen und darauf die ebenfalls nicht gereinigte verlauste Wäsche gegeben, in der anderen Hälfte der Fälle wurde auf die nicht gereinigte verlauste Wäsche die imprägnierte angezogen. In beiden Versuchsreihen war das Resultat eklatant, nach Ablauf von etwa 24 Stunden war schon die Körperoberfläche von Läusen fast vollkommen frei, da nur wenige Parasiten auf den nicht imprägnierten Wäschestücken zu finden waren, nach Ablauf von weiteren 3 Tagen aber waren die Leute und deren Wäschestücke von Läusen schon vollkommen frei. (W. kl. W. 1915 Nr. 14.)

Zur Vertilgung der Läuse. Von Otto v. Herff. „Am schwierigsten ist die Entlausung von Kopfläusen, zumal wenn die Kopfhare sehr lang und dicht sind, wie bei Frauen. Die Verordnung der bayerischen Regierung betreffs Bekämpfung des Fleckfiebers bestimmt schlechtweg: „Personen, die mit Kopf- und Filzläusen behaftet sind, werden kahl geschoren und mit grauer Salbe eingerieben“. Gegen die Verordnung, deren Durchführung bei Männern ohne weiteres möglich ist, ist zunächst zu erinnern, daß Quecksilbervergiftung zu erwarten ist. Ich wenigstens wurde nach einmaligem Bestreichen meines linken Armes mit grauer Salbe, die nach 12 Stunden entfernt wurde, derart vergiftet, daß die Stomatitis mercurialis mit Speichelfluß usw. erst nach vielen Monaten ausheilte! Auf Grund dieser eigenen, höchst unangenehmen, wenn auch vielleicht seltenen Erfahrung möchte ich dringend warnen, die ganze Kopfhaut mit Ung. cinereum einzureiben, zumal wir viel harmlosere Mittel besitzen. Frauen wegen Läusen die Kopfhare, oft genug ihren schönsten Schmuck, abzurasierern, ist eine nicht nur ungerechte, sondern auch in jeder Beziehung ungerechtfertigte Vorschrift. Ich rede hier aus Erfahrung, denn in den 14 Jahren, in denen ich die Leitung des Frauenspitals gehabt habe, sind mehrere Hunderte von Frauen glatt und sicher entlaust worden. Unser Verfahren, das sich in vielen Jahrzehnten bestens bewährt hat, besteht in folgendem: Die Haare werden mit Sabadilltinktur (Semen Sabadillae 1 zu Spiritus 10 von 83—86 °) tüchtig eingerieben und recht naß durchfeuchtet, wobei man die Augen schützen muß. Nunmehr werden die Haare in ein Lein-

tuch eingeschlagen, das um Stirne, Ohrenggend und Nacken so fest umgebunden wird, daß die Kopfläuse nicht herauskriechen können. Dieser Verband bleibt 12, höchstens 24 Stunden, je nach der Dichte des Haarwuchses, liegen. Bei besonders langen Haaren und besonders zahlreichen Nissen empfiehlt es sich, die Prozedur nach 6—8 Tagen zu wiederholen. Statt Sabadilltinktur kann man auch Petroleum verwenden, doch habe ich darüber nur geringe Erfahrung. Gar keine über Aether, der von Thomas in Kalifornien besonders gerühmt wird. Zu warnen ist vor Benzinoform (Tetrachlorkohlenstoff). Wenigstens ist mir eine tödliche Vergiftung bei Haarwaschen mit diesem Mittel aus England bekannt geworden. Benzin kann die Haut sehr reizen. Dieses wie der übrigens teure Aether ist überdies sehr feuergefährlich. So komme ich in meiner Anstalt immer wieder auf die Sabadilltinktur als einfachstes und bestes Mittel bei Frauen zurück. Doch darf man den Läusesamen wegen möglicher und schon beobachteter Veratrinvergiftung als Streupulver nicht anwenden. Ueber das Unguentum Sabadillae siv. contra pediculos der Pharm. Austr. habe ich keine Erfahrung, entfällt auch für das Kopfhaar. Bei Männern kommt mit oder ohne Scheren der Kopfhaare Petroleum in erster Linie in Frage. So wird in der Schweizer Armee mit allerbestem Erfolge eine Mischung von Petroleum und Oel $\alpha\alpha$ verwandt, die mehrmals am Tage eingerieben wird. Je kürzer die Haare, desto besser. Gegebenenfalls wäre dies nach 6 Tagen zu wiederholen. Dieses erprobte Entlausungsverfahren dürfte für die Feldpraxis sehr zu empfehlen sein.“ (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 13.)

Ueber Bananenmehl in der Ernährung der Säuglinge. Von Dr. Hugo Nothmann (Aus der II. Säuglingsfürsorgestelle Neukölln-Berlin). Das Bananenmehl hat sich in dem bisherigen Indikationsgebiet der Mehle bewährt

1. bei gesunden Säuglingen als Mehlmilchmischung schon vom 2. Monat an,
2. als zeitweilige Mehldiät bei akuten leichten Erkrankungen etwa vom 3. Monat an,
3. als Mehlmilchmischung bei älteren, stark untergewichtigen Kindern, die bei anderen Mehlmilchmischungen nicht vorwärts gekommen waren.

Die stopfende Wirkung des Mehls, die stärker bei dem gelben Mehle ist, wird es bei der Behandlung der akuten Erkrankungen den anderen Mehlen überlegen sein lassen, ihm ferner den Vorrang bei jüngeren Kindern geben. Andererseits wird diese Eigenschaft seine Anwendung bei Kindern, die zu Verstopfung neigen,

verbieten. (Ausgenommen natürlich die Kinder, die bei Milchwassermischungen Fettseifenstühle zeigen.) Bei Brechkindern ist das Bananenmehl nicht angezeigt, oder im Falle, daß es das Brechen verstärkt, sofort abzusetzen. Bei Kindern mit nicht zu weit vorgeschrittenen chronischen Ernährungsstörungen (Bilanzstörung, Dekomposition) wird es erlaubt sein, es vor den alten Methoden der Malzsuppe und der Buttermilch zu versuchen. Bei der Wahl zwischen dem gelben und dem hellen Mehl wird man sich vor Augen halten müssen, daß das gelbe Mehl stärker stopft, also bei jungen, gesunden Kindern und bei Dyspepsien vorzuziehen ist. Das helle Mehl wird bei Bilanzstörungen bessere Dienste leisten. Bei gesunden älteren Kindern wird vielleicht eine Mischung von gelbem und hellem Mehle im Verhältnis von 1:1 oder 1:2 am ratsamsten sein. Nach den bisherigen Erfahrungen dürfte das Bananenmehl den bisher im Säuglingsalter gebräuchlichen Mehlen als mindestens gleichwertig an die Seite treten.

(Ther. Mht., April 1915.)

Infektions- und Immunitätsgesetze bei materner und fötaler Lues. Von Dr. J. Trinchese (Aus dem Serologischen Laboratorium des Ostkrankenhauses in Berlin).

I. Das Collessche Gesetz ist hinfällig, d. h. eine Immunisierung der Mutter vom Foetus aus im Sinne des Gesetzes ist unmöglich, weil

1. eine paterne Uebertragung der Lues nicht vorkommt,
2. der Foetus keine immunisierenden Stoffe erzeugt.

II. Das Profetasche Gesetz ist hinfällig, d. h. eine Immunisierung des Foetus von der Mutter aus im Sinne des Gesetzes kommt nicht vor, weil die Plazentarwand für die Reaktionsstoffe des mütterlichen Organismus nicht durchlässig ist.

III. Je früher der Foetus infiziert wird, um so rascher verläuft die Syphilis nach Art einer Sepsis, die innerhalb 6 Wochen zum Tode des Foetus führt.

IV. Bis gegen den 8. Monat hin bildet der Foetus keine Reagine, d. h. sein Blut reagiert negativ nach Wassermann, trotz positiver Reaktion der Mutter und massenhafter Spirochätenansammlung in allen seinen Geweben.

V. In den letzten Monaten der Schwangerschaft fängt der Foetus an, sich gegen das Syphilisgift zur Wehr zu setzen, schwache und inkonstante Reagine zu bilden, d. h. positiv nach Wassermann zu reagieren.

VI. Erfolgt die Infektion des Kindes in den letzten Wochen vor der Geburt, so können sowohl klinische syphilitische Symptome vollkommen fehlen, als auch die Wa.R. negativ sein, da die In-

kubationszeit für beide Erscheinungen noch zu kurz ist. Das sind die früher als „immun“ betrachteten Kinder; sie geben das Material zu den „spät“ syphilitischen Kindern ab.

VII. Wenn es auch vorkommt, daß latentluetische, vielleicht sogar floridluetische Mütter gesunde Kinder gebären, so ist (in Konsequenz von VI) weder das Fehlenluetischer Erscheinungen, noch eine negative Wa.R. bei der Geburt ein sicherer Beweis dafür, daß das Kind tatsächlich gesund ist.

VIII. Es ergeben sich bei der Geburt des Kindes einer syphilitischen Mutter folgende Möglichkeiten:

1. Das Kind ist klinisch syphilisfrei und hat negative Wa.R.
2. Das Kind ist klinisch syphilisfrei und hat positive Wa.R.
3. Das Kind hat klinisch Syphilis und positive Wa.R.
4. Das Kind hat klinisch Syphilis und negative Wa.R.

In der angegebenen Reihenfolge werden diese Möglichkeiten für die Prognose des Lebens des Kindes immer ungünstiger, so daß die vierte Möglichkeit meistens den Tod des Kindes bedeutet.

(D. m. W. 1915 Nr. 19.)

Der Kresolpuder, ein Schutz- und Vertilgungspuder des Ungeziefers im Felde. Von Dr. Hermann Schöppler. Der Puder (Hirschapotheke Frankfurt a. M.), tüchtig in die Haut verrieben und in die Kleider gestäubt, schützt vor Flöhen und Läusen und vernichtet diese.

(Feldärztl Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 33.)

Katacid-Tabletten. Von Priv.-Doz. Dr. phil. P. Köthner in Berlin (Aus dem Pharmakologischen Institut und dem Hygienischen Institut der Universität in Marburg). Seit einiger Zeit ist unter dem Namen: „Katacid-Tabletten“ ein Sterilisationsmittel für Trinkwasser im Handel, welches besonders für den Gebrauch im Felde bestimmt ist und gemäß der Gebrauchsanweisung innerhalb 15 Minuten verseuchtes Trinkwasser so weit entkeimt, daß es ohne Gefahr für die Gesundheit getrunken werden kann. Verf. hat damit Versuche angestellt. Diese Ergebnisse lassen erkennen, daß die Versicherung, welche der Fabrikant der Katacid-Tabletten in seiner Gebrauchsanweisung gibt: daß „nach 15 Minuten die im Trinkwasser etwa vorhandenen Bazillen (Krankheitskeime) getötet“ seien und „das Wasser dann ohne jede Gefahr trinkbar“ sei, unzureichend gestützt ist: die Tabletten haben die versprochene Wirkung nicht; ein verseuchtes Wasser, das mit Katacid wie vorgeschrieben behandelt wird, ist unter Umständen nicht einmal nach 45 Minuten, geschweige denn nach 15 Minuten „ohne jede Gefahr trinkbar“. — Thyphuserkrankungen durch Trinkwasser-

infektion können also trotz Anwendung von Katacid-Tabletten eintreten. Ein Sterilisationsmittel aber für Trinkwasser, das, unter den Bedingungen der Vorschrift angewendet, auch nur in einem Falle versagt, darf in keinem Falle angewendet werden.

(D. m. W. 1915 Nr. 33.)

Zur Fliegenplage. Von Oberapotheker Wolf. Zur Bekämpfung der Fliegen und Mücken möchte Verf. auf den Gebrauch von Formalin aufmerksam machen. Man gibt einen Teelöffel voll Formalin auf $\frac{1}{4}$ l Milch oder Bier, verteilt diese Mischung auf flache Teller und stellt sie in Wohnungen, Vorratsräumen für Lebensmittel und Ställen auf. Zum Betupfen von Mückenstichen empfiehlt sich an Stelle von Salmiakgeist eine Lösung von 0,01 g Menthol, 3 g Formalin und 7 g Alkohol. Mückenstiche schwellen darauf nicht an, und der lästige Juckreiz bleibt aus. Gegenüber dem Salmiakgeist hat das Mittel den Vorzug der besseren Aufbewahrungsmöglichkeit, da dieser sehr leicht verflüchtigt und Korkstopfen zerfrißt.

(M. Kl. 1915 Nr. 32.)

Beitrag zur Cholerafrage. Von Stabsarzt d. L. Dr. Gilde-meister und Stabsarzt Dr. Karl Baerthlein. (Aus der bakteriologischen Abteilung der hygienisch-chemischen Untersuchungsstelle beim Sanitätsamte des V. Armeekorps in Posen.) 1. Cholera-vibrionen sterben in einem großen Teile der Choleradejekte innerhalb kurzer Zeit ab. 2. Sie bleiben jedoch in einer nicht unerheblichen Zahl von Stühlen mehrere Wochen, zuweilen über 30 Tage lebensfähig. 3. Auch in Darmentleerungen von gesunden Keimträgern können Choleravibrionen über mehrere Wochen ihre Lebensfähigkeit bewahren. 4. Unter natürlichen Bedingungen dürfte gleichfalls eine längere Haltbarkeit der Choleravibrionen in Choleradejekten anzunehmen sein, insbesondere dann, wenn diese einzeln oder zu mehreren direkt auf dem Erdboden (Wiese, Wald!) abgesetzt werden. Damit ist vornehmlich im Kriegsgebiet zu rechnen. 5. Es muß daher nach Möglichkeit angestrebt werden, die Darmentleerungen möglichst schnell unschädlich zu machen. 6. Zum Nachweis der Choleravibrionen in Stühlen wurde neben dem Dieudonné'schen Originalnährboden der von uns oben beschriebene, sofort gebrauchsfertige Hämoglobineextraktalkalisodaagar mit sehr günstigem Ergebnis verwendet. 7. In Stühlen von Cholerakranken und von gesunden Keimträgern werden nicht selten bestimmte Mutationstypen der Choleravibrionen angetroffen. 8. Mischinfektionen von Cholera mit Ruhr und von Cholera mit Typhus wurden im östlichen Kriegsgebiet des öfteren beobachtet.

(M. m. W. 1915 Nr. 21.)

Foligan, ein Präparat aus Orangeblättern (Firma Dr. G. Henning, Berlin) hat sich, wie Dr. Rosa Friedländer (Berlin, Städt. Krankenhaus Gitschiner Str.) mitteilt, gegen neurasthenische Beschwerden bewährt. Man gibt täglich 2—4 Tabletten.

(D. m. W. 1915 Nr. 32.)

Deutsche Ersatzpräparate für ausländische Originalpräparate nach einer Liste des Ausschusses der Spezialitäten- und Warenzeichenunternehmer des Deutschen Apothekervereins:

Bengué Balsam du Dr. Bengué.	Balsam Menthol. comp.
Bromidia Battle.	Liq. Chlorali bromat.
Cascarine Leprince.	Pilulae Cascar. sagr.
Extrait de Quinquina Wattelet.	Extr. Chinae liquid. oder Extr. Chinae fluid.
Fellows Sirup of Hypophosphites.	Liq. Hypophosphit comp. sacch. od. Sirup Hypophosphit comp.
Fer dialysé Bravais.	Tinct. Ferri aromat.
Hémoglobine Deschiens granal.	Pilulae Haemoglobini.
Laxarine Ferrial.	Essent. Frangulae oder Elixir Frangulae.
Liqueur du D. Laville.	Pil. Colchicin. comp. oder Liquor Colchicini.
Menthosol.	Vasoliment Mentholi.
Morisons Pills.	Pilulae laxantes.
Pastilles Laxatif Miraton.	Pastilli Phenolphthaleini.
Peptonate de Fer du Dr. Jaillet.	Liq. Ferri peptonati.
Peptonate de Fer Robin.	
Pilulae Clin à la Lecithine.	Pilul. Haemoglob. c. Lecithino.
Quina Laroche.	Vinum Chinae oder Elixir Chinae.
Scotts Emulsion.	Emuls. Ol. Jecoris Aselli comp.
Sirup de Chloral bromure du Dr. Dubois.	Liquor Chlorali bromat.
Sirup de Chloral de Follet.	
Sirup de phosphate de fer Leras.	Liq. Calc. lactophosphor. c. Ferro et Mang. sacch.
Sirup Rami.	Liq. Bromoform comp. sacch.
Vasogene.	Vasolimenta.

(M. m. W. 1915 Nr. 24.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05976 9185

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05976 9185

